

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

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.

AUTORA:

Barrezueta Chiluzza, Lorena Estefanía.

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA.**

TUTORA:

Bulgarín Sánchez, Rosa María

Guayaquil, Ecuador

15 de marzo del 2017.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Barrezueta Chiluzia, Lorena Estefanía**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

TUTORA

f. _____
Bulgarín Sánchez, Rosa María.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2017.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Barrezueta Chiluíza, Lorena Estefanía.**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **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** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**, 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 15 días del mes de marzo del año 2017.

AL AUTORA

f. _____

Barrezueta Chiluíza, Lorena Estefanía.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Barrezueta Chiluiza, Lorena Estefanía.**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **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,** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 15 días del mes de marzo del año 2017.

LA AUTORA:

f. _____
Barrezueta Chiluiza, Lorena Estefanía.

Dokument: [tesis para revision.docx](#) (026166460)

Inskickat: 2017-03-05 00:52 (-06:00)

Inskickad av: lorenarbarzuetza_93@hotmail.com

Mottagare: rosa.bulgarin.ucsg@analysis.urkund.com

Meddelande: [RV: documento de tesis para el urkund](#) [Visa hela meddelandet](#)

2% av det här ca 38 sidor stora dokumentet består av text som också förekommer i 2 st källor.

Källförteckning Markeringar

Ranking	Sökväg/Filnamn
100%	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA
	1472428748_maria.jose.mateus.miranda.tesis.docx
	1472397833_maria.jose.mateus.miranda.tesis.docx
	TESIS CASTRO-COELLO FINAL-2016-08-27-urkund.docx
	LORBNA.BENAVIDES.ANTEPROYECTO.6TO.SEMESTRE.2016.docx

100% #1 Aktiv 100%

Urkund arkiv: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / tesis para revision.docx

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

Valoración nutricional en niños de 3 a 5 años con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido que acuden al centro de cirugía estética de Miraflores de la ciudad de Guayaquil, Octubre 2016- Febrero 2017

AUTORA: BarzuetzaChiluiza, Lorena Estefanía.

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TUTORA Dra.

Bulgarin Sánchez, Rosa María Guayaquil, Ecuador 2016-2017

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Barzuetza Chiluiza Lorena Estefanía, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética Y Estética.

TUTOR (A)

f. _____ Dra. Bulgarin Sánchez, Rosa María

DIRECTOR DE LA CARRERA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TEMA:

Valoración nutricional en niños de 3 a 5 años con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido que acuden al centro de cirugía estética de Miraflores de la ciudad de Guayaquil, Octubre 2016- Febrero 2017

AUTORA: BarzuetzaChiluiza, Lorena Estefanía.

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

TUTORA Dra.

Bulgarin Sánchez, Rosa María Guayaquil, Ecuador 2016-2017

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Barzuetza Chiluiza Lorena Estefanía, como requerimiento para la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética Y Estética.

TUTOR (A)

f. _____ Dra. Bulgarin Sánchez, Rosa María

DIRECTOR DE LA CARRERA

AGRADECIMIENTO.

Estoy infinitamente agradecida con Dios por haberme dado las mejores experiencias durante mi etapa universitaria.

A mis familiares por el apoyo de siempre y ser fieles testigos de la entrega y amor que profesé al estudiar esta hermosa carrera.

Agradezco al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores por haberme brindado total apertura para realizar mi trabajo de titulación.

Al Dr. Jorge Palacios, por permitirme formar parte de su grupo de trabajo y acrecentar mis conocimientos sobre el tema.

A la Dra. Rosa Bulgarín por dirigir el presente trabajo de titulación y guiarme durante todo el proceso.

A mis amigas de siempre, Rosemary Coello, Cindy Castro, María José Mateus, Stephanie Cordero y Melany Rivera, quienes fueron mi gran apoyo durante estos años de carrera..., sin ellas estudiar no hubiese sido igual.

A los docentes por brindarme sus vastos conocimientos y cuya finalidad fue lograr la excelencia académica.

Lorena Estefanía Barrezueta Chiliza.

DEDICATORIA.

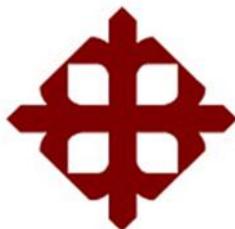
A mis pilares fundamentales durante estos años de vida universitaria, Lourdes Lorena Chiluiza Vera, Gricelia Vera Rivera y Ángel Marcos Chiluiza Avilés, quienes incondicionalmente confiaron en mí e inculcaron principios y valores.

Cada uno de ellos aportó en formarme como persona, como profesional y sobre todo como ser humano, y para quienes cada impulso emprendido valió grandemente la pena.

Gracias por cada enseñanza brindada y por caminar junto a mí en cada paso dado.

Este trabajo que realicé con mucho amor y esfuerzo, va dedicado a ustedes.

Lorena Estefanía Barrezueta Chiluiza.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Bulgarín Sánchez, Rosa María
TUTOR

f. _____

Diana María Fonseca Pérez
MIEMBRO I DEL TRIBUNAL

f. _____

Lía Dolores Pérez Schwass
MIEMBRO II DEL TRIBUNAL

f. _____

Celi Mero, Martha Victoria
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE CUADROS.....	XII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XIII
ÍNDICE DE TABLA.....	XIV
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
INTRODUCCIÓN.....	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	6
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Objetivos específicos.....	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	8
4. MARCO TEÓRICO.....	10
4.1. Marco Referencial.....	10
4.2. Marco teórico.....	13
4.2.1. Definición.....	13
4.2.2. Anatomía y Fisiología de la boca.....	13
4.2.3. Funciones de la boca.....	14
4.2.4. Embriología.....	15
4.2.5. Fisiopatología de la boca.....	16

4.2.6.	Etiología del labio leporino y paladar hendido	18
4.2.7.	Complicaciones:.....	19
4.2.8.	Diagnóstico.	20
4.2.9.	Tratamiento.....	20
4.2.10.	Valoración del estado nutricional en niños.....	21
4.2.11.	Encuestas dietéticas.	21
4.2.12.	Valoración global subjetiva.	22
4.2.13.	Antropometría.	22
4.2.14.	Técnicas Antropométricas.....	23
4.2.15.	Nutrición en niños con labio leporino y paladar hendido.	25
4.2.16.	Alimentación en niños de 3 a 5 años con labio leporino y paladar hendido.	26
4.2.17.	Energía y nutrientes.	27
4.2.18.	Frecuencia de consumo recomendada de alimentos.....	29
5.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.	30
	Variable Independiente	31
7.1.	Justificación de la elección del diseño.	33
7.2.	Población y muestra.	33
7.2.1.	Criterios de inclusión.....	33
7.2.2.	Criterios de exclusión.....	33
7.3.	Técnicas e instrumentos de la recopilación de datos.....	34
7.3.1.	Técnica.	34
8.1.	Análisis e Interpretación de Resultados.	36
9.	CONCLUSIONES.	53
10.	RECOMENDACIONES.....	54
11.	PRESENTACION DE PROPUESTA.	55

12.	GLOSARIO.....	67
13.	BIBLIOGRAFIA.....	68
14.	ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE CUADROS.

Cuadro 1 Clasificación del labio leporino según el libro de embriología clínica de Moore 2013.	17
Cuadro 2 Clasificación del paladar hendido según el libro de embriología clínica de Moore 2013.	18
Cuadro 3 Factores ambientales y genéticos según el artículo Desarrollo de las fisuras labio palatinas 2015.	19
Cuadro 4 Indicadores básicos en la antropometría pediátrica según Unicef 2012. ...	23
Cuadro 5 Interpretación de los percentiles según la OMS.	24
Cuadro 6 Requerimientos nutricionales para los niños según su edad.	27
Cuadro 7 Frecuencia de consumo de alimentos del artículo Alimentación del preescolar y escolar.	29
Cuadro 8 Identificación y clasificación de variables.	31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución del porcentaje según el género.....	36
Figura 2 Distribución del porcentaje según la edad.....	37
Figura 3 Distribución porcentual del número de comidas ingeridas	38
Figura 4 Porcentaje de niños y niñas que presentan complicaciones al momento de alimentarse.....	39
Figura 5 Distribución del porcentaje de signos y síntomas gastrointestinales.....	40
Figura 6 Porcentaje del consumo de kilocalorías.	41
Figura 7 Distribución porcentual del consumo de grasas.	42
Figura 8 Porcentaje del consumo de proteínas.	43
Figura 9 Distribución porcentual del estado nutricional según Peso/Edad.	44
Figura 10 Distribución porcentual del estado nutricional según Talla/Edad.	45
Figura 11 Distribución porcentual del estado nutricional según IMC/Edad.....	46
Figura 12 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de lácteos.	48
Figura 13 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Carbohidratos. .	49
Figura 14 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Grasas.....	50
Figura 15 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Frutas, Legumbres y vegetales.	51
Figura 16 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Alimentos Proteicos.....	52

ÍNDICE DE TABLA.

Tabla 1 Distribución porcentual de Peso/edad, IMC/edad y Talla/Edad.....	47
--------------------------------------------------------------------------	----

RESUMEN

El labio leporino y paladar hendido son malformaciones del desarrollo de la cara que ocurren durante la gestación. Esta patología multifactorial puede darse por factores ambientales y genéticos. El objetivo principal de este trabajo es valorar el estado 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 de la ciudad de Guayaquil, entre Octubre 2016- Febrero 2017. Se realizó estudio cuantitativo, de tipo descriptivo no experimental, de diseño observacional, transversal, pretendiendo determinar el estado nutricional y hábitos alimentarios en 38 infantes. Basado en una referencia de percentiles de la OMS, se evidenció que 34% de niños tenían bajo peso; 24% desnutrición grado 1, 16% desnutrición grado 2, 24% un peso normal y 2% presentaban sobrepeso. En el presente estudio se evidenció un alto porcentaje de niños con bajo peso, por lo cual se propone la elaboración de una guía nutricional con el fin de orientar y educar respecto de los alimentos que pueden ingerir, los métodos de preparación, buscando mejorar así el estado nutricional de estos infantes.

Palabras claves: LABIO LEPORINO, PALADAR HENDIDO, ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO DE ALIMENTOS, DESNUTRICIÓN, ANTROPOMETRÍA.

ABSTRACT.

Harelip and cleft palate are malformations of facial development that occur during gestation. This multifactorial pathology can be developed due to environmental and genetic factors. The main objective of this study is to evaluate the nutritional status of children aged 3 to 5 years, with diagnosis of harelip and cleft palate who attend the Plastic Surgery Center of Miraflores, at Guayaquil city, between October 2016 and February 2017. A quantitative, non - experimental, cross - sectional, descriptive study was carried out, aiming to determine nutritional status and eating habits in 38 infants. Based on a WHO percentile reference, it was shown that 34% of children were underweight; 24% malnutrition grade 1, 16% malnutrition grade 2, 24% normal weight and 2% were overweight. In the present study we found a high percentage of children with low weight, so it is proposed the development of a nutritional guide in order to guide and educate about the foods they can eat and the methods of preparation, seeking to improve the Nutritional status of these infants.

Key Words: HARELIP, CLEFT PALATE, NUTRITIONAL STATUS, FOOD CONSUMPTION, MALNUTRITION, ANTHROPOMETRY.

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de titulación tiene como finalidad evaluar el estado nutricional de los niños que presentan labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores.

Los niños que presentan fisura de paladar y de labio, tienen dificultad al momento de ingerir los alimentos. En ocasiones, los tipos de preparación pueden traer complicaciones al momento de la deglución, tales como vómito y desviación de los alimentos ya que pueden salir por la cavidad nasal.

Una alimentación adecuada, equilibrada y el método de preparación correcto para este tipo de patología, dará como resultado que los niños obtengan su peso y talla idónea para su edad.

El labio y paladar hendido se caracterizan por una serie de anomalías congénitas que se manifiestan en los neonatos; las fisuras orofaciales comprometen las estructuras de la cavidad oral que se extienden además a las estructuras faciales produciendo así deformidad oral y cráneo-facial. Esta malformación se da por la migración anormal o alteración en la fusión de los procesos maxilares y el proceso nasal medio. (Aguirre, Castaño, & Gámez, 2012, p. 5)

Es de mucha importancia considerar los problemas funcionales o estéticos a corto y largo plazo, que incluyen dificultades en la alimentación, desnutrición severa o alimentación deficiente, lo que representa una preocupación en las madres de los niños con fisura de labio y paladar, más aún cuando ocurren a temprana edad y afectan el crecimiento de los infantes. (Miguel de Priego, 2010, p. 7)

El abordaje de este estudio va a permitir observar los problemas nutricionales que presenta cada niño con labio y paladar fisurado a través de indicadores antropométricos como peso/edad, talla/edad, IMC/edad, lo que permite determinar rangos como peso y talla normal, desnutrición, sobrepeso u obesidad.

El siguiente estudio se realiza por observar que los niños con labio leporino y paladar hendido, presentan problemas nutricionales por la ausencia de una guía de nutrición que oriente y eduque a las madres y a los responsables de alimentar a estos niños, a proporcionar una alimentación completa y óptima.

Este trabajo de titulación ha sido elaborado para aportar positivamente a los recién nacidos afectados con esta malformación, aspirando a que puedan recibir una alimentación saludable que les permita un desarrollo físico y neurológico adecuados.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los recién nacidos que presentan labio leporino tienen dificultades al ingerir alimentos. Cuando estos neonatos presentan malformaciones completas de labio leporino y paladar hendido la dificultad al momento de la succión es mayor, ocurriendo en la mayoría de las ocasiones que al dar de lactar la madre, la leche materna atraviese la cavidad nasal del bebé.

En condiciones normales, los neonatos sin malformaciones presentan una pérdida hasta del 10% de su peso después del nacimiento, pero éste se recupera fácilmente entre la 2ª y la 3ª semana de vida. En cambio, en los neonatos que presentan labio leporino y paladar hendido, esta recuperación del peso va a tomar más tiempo, puesto que no podrá ingerir las cantidades necesarias para lograr un peso óptimo y crecimiento adecuado.

En los neonatos mayores de 6 meses, se debe tener cuidado en el tipo de malformación que presenta y en la presentación y calidad de alimentos que éstos niños ingieren, porque pueden alterar su peso y talla. (Molina Carballo, Evaluación nutricional en niños de 0 a 24 meses con labio leporino y paladar hendido, 2013, p. 15)

El labio leporino y paladar hendido son malformaciones congénitas que tienen un índice variado de afectación en el estado nutricional del niño. (Chavarriga, Gonzalez, & Rocha, 2011, p. 20).

Estas malformaciones pueden acompañarse de fisuras Orofaciales que comprometen las estructuras de la cavidad oral y que pueden extenderse a las estructuras faciales dando como resultado una deformidad oral y cráneo facial. (Aguirre, Castaño, & Gámez, 2012, p. 13)

El labio leporino y paladar hendido presentan diversas clasificaciones, pero es la forma de la hendidura la que determina el enfoque terapéutico a instaurarse.

Olin (1960) dividió esta malformación en tres grupos, hendiduras de labio solamente, hendiduras palatinas solamente y hendiduras de labio y paladar que involucran el proceso alveolar. (Machado, Bastidas, & Arias., 2012, p. 12)

Aproximadamente uno de cada 500 a 700 recién nacidos, presentan defectos congénitos de los cuales, el más frecuente es el labio leporino o paladar hendido. Esta proporción varía considerablemente dependiendo del grupo étnico y de la zona geográfica donde se presenta. (OMS, 2012, p. 1)

La organización mundial de la salud OMS define que las malformaciones genéticas afectan aproximadamente al 3% de los recién nacidos y causan un 20% de muertes en el periodo neonatal. Desde hace 20 años, en Estados Unidos, estas malformaciones son la causa principal de mortalidad infantil. (Pachajoa, Ariza, & Isaza, 2010, p. 18)

Las fisuras labio-palatinas representan el 75% de las malformaciones, faciales mayores y el 80% de todas las fisuras orofaciales.

Las frecuencias establecidas para estas malformaciones son variables, desde 1 en cada 500 nacimientos en poblaciones asiáticas, a 1 en cada 2.500 en poblaciones negras y 1 en cada 1.000 entre caucásicos, hispánicos y latinos. (valdés, Hernández, & Galiano, 2015, pág. 14)

En América, el Centro para Estudios Médicos y el Instituto Latinoamericano de Malformaciones Congénitas, mostraron que la tasa global de labio leporino y paladar hendido- LPH es de 10,49% por cada 10.000 nacidos vivos, cifra superada por algunos países sudamericanos como Bolivia con 23,7%; Ecuador con 14,96% y Paraguay con 13,3%.

De otra parte las tasas más bajas se presentaron en países como Venezuela con 7,92%; Perú 8,94%; Uruguay 9,37% y Brasil con 10,12%, todas ellas por 10.000 nacidos vivos. (Chavarriaga-Rosero & González-Caicedo, 2011, pág. 20)

En el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito la incidencia de neonatos con labio leporino y paladar hendido en el periodo 2005-2010 fue de 163 casos, donde la edad de la madre fue un factor influyente, lo que podría considerarse como antecedente para que los niños presenten dicha malformación. Un ejemplo de lo aseverado es el registro en las madres entre 14 y 18 años y de 29 a 33 años con el 22,1 %, y el registro de menos casos en las madres menores de 14 años (1,8 %) y mayores de 44 años (4,3 %). (Quina & Alejandrina, 2011, p. 25).

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿Cómo influye el labio leporino y paladar hendido en el consumo de alimentos y en el estado nutricional de niños de 3 a 5 años que acuden al centro de Cirugía Plástica de Miraflores de la ciudad de Guayaquil, Octubre 2016- Febrero 2017?

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general.

Valorar el estado 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 de la ciudad de Guayaquil, Octubre 2016- Febrero 2017.

2.2. Objetivos específicos.

- Establecer el estado nutricional de niños/as a través de la antropometría.
- Determinar el consumo de alimentos a través del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y recordatorio.
- Impartir recomendaciones generales a los padres sobre los diferentes tipos de menús que pueden consumir sus hijos afectados con dicha malformación.

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que el labio leporino y paladar hendido son defectos que trae como consecuencia alteraciones nutricionales por la dificultad deglutoria que presentan los niños al momento de alimentarse, lo que ocasiona un déficit de nutrientes que va a verse reflejado en su peso, talla y aprendizaje.

El Ecuador no es excluyente a esta problemática, siendo estos defectos anatómicos muy comunes en niños. Según estadísticas de la ECLAMC (Estudio Colaborativo Latino Americano para Malformaciones Congénitas) las malformaciones congénitas se encuentran ubicadas entre las primeras causas de ingresos hospitalarios en niños menores de un año. El labio leporino y la fisura palatina representan alrededor del 15% de estas afecciones. (Fornasini & Vallejo Toro, 2012, p. 10)

Este defecto se puede presentar como una única malformación (labio leporino o hendidura palatina) o combinada, siendo su causa multifactorial. La etiología hasta la actualidad, no ha sido del todo comprendida o establecida, pero estas patologías en la mayoría de los casos pueden presentarse por el uso de ciertos medicamentos como los antiepilépticos, antecedentes familiares (causa genética), uso y abuso de drogas, edad materna y paterna etc.

Así mismo, se conoce que el labio leporino y paladar hendido predispone a un déficit nutricional especialmente por las dificultades en la alimentación que acarrea, problemas de adaptación del lenguaje y a enfermedades infecciosas. (Miguel de Priego, 2010, p. 21)

Sin embargo, a pesar de la magnitud y el carácter de importancia del problema, las poblaciones infantiles de nuestro país no han sido objeto de estudios especializados, desconociéndose aún en el Ecuador respecto de los factores predisponentes y las complicaciones derivadas de esta patología que pueden presentar estos pacientes, condición que afecta la

implementación de medidas preventivas a fin de disminuir la incidencia de esta enfermedad.

Por lo anteriormente descrito, se considera trascendente la realización de una investigación que determine el déficit nutricional que lleva a estos infantes a tener desnutrición y consecuentemente alteraciones en su desarrollo físico.

Se pretende demostrar que los niños que presentan estas condiciones físicas, se ven afectados de forma directa en su estado nutricional porque sus madres no los alimentan adecuadamente, aspirando así a que se realicen otros estudios, donde se demuestre que los niños con labio leporino y paladar hendido que reciben el acompañamiento y asesoramiento nutricional desde el nacimiento, pueden lograr un crecimiento y desarrollo físico adecuado.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1. Marco Referencial

La alimentación representa una preocupación en los recién nacidos con labio leporino y paladar hendido, puesto que los neonatos pueden padecer desnutrición severa o alimentación deficiente, afectando así su crecimiento. (Miguel de Priego, 2010, p. 21).

Los neonatos que presentan malformaciones completas como paladar hendido tienen mayor dificultad al momento de la succión, pudiendo ocasionar en la mayoría de las veces que la leche materna penetre en la cavidad nasal.

En condiciones normales, los neonatos sin malformaciones presentan una pérdida hasta del 10% de su peso después del nacimiento, pero éste se recupera fácilmente entre la 2ª y la 3ª semana de vida. En cambio, en los neonatos que presentan labio leporino y paladar hendido, esta recuperación del peso va a tomar más tiempo, puesto que no podrá ingerir las cantidades necesarias para lograr un peso óptimo y crecimiento adecuado.

En los neonatos mayores de 6 meses, se debe tener cuidado en el tipo de malformación que presentan y en la presentación y calidad de alimentos que éstos niños ingieren, porque pueden alterar su peso y talla. (Molina Carballo, 2013, p. 12)

El labio fisurado y el paladar hendido son malformaciones de la cara en las cuales se presenta un desarrollo facial incompleto durante las primeras semanas del embarazo, constituyendo aproximadamente el 15% de las malformaciones congénitas en el Ecuador. Estas deformidades de las estructuras de la cara, incluyen desde el desarrollo incompleto del labio superior en el que se presenta una hendidura hasta la prolongación bilateral, que incluye el hueso del maxilar, el paladar, llegando incluso hasta la úvula o campanilla.

Uno de cada 450 recién nacidos vivos a nivel de los países Sudamericanos presentan labio leporino y paladar hendido, mientras que en EE.UU la cifra es de uno en 700 recién nacidos vivos. En países Asiáticos uno de cada 500 recién nacidos vivos presenta esta malformación. Se observó que estas malformaciones son menos frecuentes en caucásicos y negros. (Carvajal *et al.*, 2012, p. 40)

Estudio realizado en México acerca de los factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en recién nacidos, indica que la hendidura de labio representa del 20 al 30%, mientras que las hendiduras labio-palatinas del 30 al 50%. Las hendiduras de labio y/o paladar ocurren en uno de cada 1,000 nacimientos. Otras estadísticas indican que la incidencia en la raza amarilla es de uno por cada 750 nacimientos, la caucásica uno por cada 1,000 y la raza negra uno por cada 2,500 nacimientos. (Mejía Ayala & Suárez Vergara, 2012, p. 4)

En el 2008 el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile, observó 51 casos de labio leporino y paladar hendido no asociados a síndromes (entre enero 1998 y junio de 2005), donde las madres de los pacientes afectados se encontraban entre la primera y hasta una quinta semana de gestación. (García *et al.*, 2015, p. 16)

Europa presenta una tasa de 1.4 por cada 1000 nacidos vivos; en la región de las Américas la tasa global de fisuras labio-alveolo-palatinas es de 10,49 por cada 10.000 nacidos vivos, la cual es superada por algunos países sudamericanos, como por ejemplo: Bolivia con 23,7; Ecuador con 14,96 y Paraguay con 13,3. (Valdés *et al.*, 2015, p. 21)

En Ecuador existen estudios como el ECLAMC (Estudio Colaborativo Latino Americano para Malformaciones Congénitas) que nos indica la existencia de 14,96 casos por cada 10.000 nacimientos, una de las tasas más altas de prevalencia en la región. Las provincias con mayor incidencia de fisuras palatinas fueron Pichincha con un 30,6%, seguido de Guayas con el 20,3%. Si nos basamos a la edad, el 33,8% son pacientes menores a seis

meses y un 5,0% son niños mayores de 10 años. Según regiones, en la costa la fisura más común fue la fisura palatina incompleta con el 23.8%, en el oriente la fisura palatina completa fue la más común con el 30.6%, y en la sierra la fisura lateral más palatina izquierda con un 21.6%. (Fornasini & Vallejo Toro, 2012, p. 12)

4.2. Marco teórico.

4.2.1. Definición.

El labio leporino y paladar hendido son malformaciones cráneo-faciales que se presentan desde la etapa embriológica. Sus partes comprometidas van desde el piso de las fosas nasales, maxilar superior, el paladar duro y el premaxilar. (Estrella, 2012, p. 5)

4.2.2. Anatomía y Fisiología de la boca.

La boca es la parte inicial del tubo digestivo, se encuentra delimitada de la siguiente manera:

- Al frente por los labios
- Atrás por la faringe, velo del paladar blando y pilares de las amígdalas.
- Arriba por la unión entre el paladar duro y blando, y lateralmente por las mejillas.
- En la parte inferior encontramos el suelo de la boca donde se encuentra ubicada la lengua.

Su estructura ósea está constituida por la mandíbula, el maxilar superior y el hueso palatino. (Molina *et al.*, 2012, p. 12)

Su tamaño es de aproximadamente de 4cm de ancho por 1cm de longitud en la parte externa, en la parte interior se agranda con 8 cm de ancho y 11 cm antero- posterior. Se encuentra vascularizada por las arterias facial, temporal superficial y maxilar interna. (Fabre Parreles, 2011, p. 22)

La boca se encuentra conformada por los siguientes órganos:

- Labios: La estructura anatómica de los labios consiste principalmente en un núcleo de musculo esquelético (orbicular de los labios) recubierto de piel.

- Mejillas: están formada por musculo esquelético (musculo buccinador) recubierto por piel y tiene un papel importante en la pronunciación al igual que los dientes y los labios.
- Lengua: músculo esquelético donde se encuentra la mayor parte del sentido del gusto, constituye una estructura móvil situada en el suelo de la boca y ayuda a movilizar el alimento entre los dientes como hacia el interior.
- Paladar duro: se encuentra ubicado anteriormente y fundidos en los huesos palatinos y las apófisis palatinas del hueso maxilar subyacentes. Este paladar forma una superficie rígida en la cual la lengua hace presión para mover los alimentos al momento de la masticación.
- Paladar blando: es un pliegue formado principalmente por musculo esquelético. El paladar blando se eleva como reflejo cuando se traga para cerrar el paso a la nasofaringe.
- Dientes: son necesarios para la trituración de los alimentos, el habla y la apariencia.
- Glándulas salivales: mantienen la boca húmeda por la segregación de saliva continua. Cuando el alimento entra en la boca, la secreción aumenta. Lubrifica y disuelve parte del alimento e inicia la degradación química de algunos compuestos. (Martínez Fraga, 2012, p. 7)

4.2.3. Funciones de la boca.

Masticación: movimiento que realiza la mandíbula y con la ayuda de la presión de los dientes se produce la degradación de los alimentos.

Salivación: En los conductos de las glándulas salivales, se produce el primer jugo digestivo (saliva), que genera una degradación química de los alimentos.

Sentido del gusto: Se encuentran los receptores sensoriales del gusto, especialmente en la lengua, son las llamadas papilas gustativas.

Habla: En la boca se encuentran estructuras que modifican el sonido laríngeo y producen la voz.

Deglución: está conformada en dos partes:

- Fase voluntaria: La lengua asciende al techo de la cavidad bucal, impulsando el bolo alimenticio para que ingrese en la faringe.
- Fase involuntaria: La epiglotis desciende y cierra el orificio superior de la laringe. Por consecuencia de este reflejo, la faringe queda convertida en una vía digestiva transitoria, limitando así el ingreso de trozos a la vía aérea (tráquea). (Silverti, 2013, p. 5)

4.2.4. Embriología

Las fisuras como el labio leporino y paladar hendido son malformaciones cráneo-faciales originadas por defectos embriológicos en la formación de la cara, estas malformaciones se presentan en la orofaringe nasal entre la 4ª y 6ª semana de gestación, siendo la 6ª la de mayor riesgo.

En la cuarta semana la cresta neural craneal o cefálica (CCNC) constituye el primer arco faríngeo. La cara embrionaria se encuentra formada por cinco prominencias individuales que rodean al estomodeo, que constituye la boca primitiva del embrión:

- Una prominencia fronto nasal.
- Dos prominencias maxilares bilaterales.
- Dos prominencias mandibulares bilaterales.

Estas prominencias principalmente se deben a una expansión de las poblaciones celulares de la cresta neural que se originan a partir de los pliegues neurales mesencefálico y rombencefálico.

Las prominencias maxilares forman los límites laterales del estomodeo y las mandibulares constituyen el límite caudal del estomodeo. Así mismo, la mandíbula y el labio inferior son las primeras partes de la cara en formarse y proceden de la fusión de los extremos mediales de las prominencias mandibulares en el plano medio.

En la quinta semana se desarrolla la mandíbula que se localiza en la parte lateral de la cabeza, a la altura de los ojos. (Bonilla Álvarez, 2015, p. 12)

En la sexta semana se presenta el desarrollo del paladar, el cual ocurre de la siguiente manera:

Paladar primario: al inicio está formado por la fusión de las prominencias nasales mediales, masa de mesénquima que se localiza entre las superficies internas de las prominencias maxilares de los maxilares en desarrollo.

Paladar secundario: es la parte dura y blanda del paladar, su etapa inicial de desarrollo es en la sexta semana a partir de dos proyecciones mesenquimales que se expanden desde las partes internas de las prominencias maxilares. (Moore & Torchia, 2013, p. 105)

4.2.5. Fisiopatología de la boca

4.2.5.1. Labio Leporino.

El labio leporino, también conocido como labio hendido, es una malformación facial que ocurre por un defecto en la fusión de los procesos maxilares y naso medial que forman la cara, probablemente debido a un retardo o restricción de sus movimientos que evitan que estos procesos se pongan en contacto. Se manifiesta como una apertura uni o bilateral entre la boca y la nariz, en el labio superior.

Cuadro 1 Clasificación del labio leporino según el libro de embriología clínica de Moore 2013.

Labio hendido unilateral	Labio hendido bilateral	Labio hendido medio
Se presenta por la falta de fusión de la prominencia maxilar del lado afectado con las prominencias nasales mediales, por lo cual hay una falta de fusión de las masas mesenquimales y una falta de proliferación del mesénquima y de alisamiento del epitelio de la superficie.	Se da por la falta de fusión de las masas mesenquimales de las dos prominencias maxilares con las prominencias maxilares medias.	Esta anomalía no es tan frecuente ya que se debe a una deficiencia del mesénquima, este defecto puede dar lugar a un daño parcial o completo de la fusión de las prominencias nasales mediales con el proceso palatino medio.

Elaborado por: Autora, tomado de (Moore & Torchia, 2013, p. 105).

4.2.5.2. Paladar hendido.

Constituye un defecto de unión de las prominencias palatinas laterales con la prominencia palatina media o frontonasal, lo que ocasiona una apertura en el techo de la boca que facilita la comunicación directa entre la boca y la nariz.

Esta fisura puede afectar solamente a la úvula por la cual se la denominada úvula hendida. La úvula hendida tiene una similitud “en cola de pez” y en ciertos casos puede extenderse hasta la región blanda y dura del paladar.

Cuadro 2 Clasificación del paladar hendido según el libro de embriología clínica de Moore 2013.

Paladar hendido completo	Fisura del paladar primario o anterior	Fisura del paladar secundario o posterior	Fisuras de las partes primarias y secundarias del paladar
Presenta una fisura de grado máximo que se extiende desde el paladar blando y llega en dirección anterior hasta el agujero incisivo.	Es una fisura anterior al agujero incisivo, presenta una falta de fusión de las masas mesenquimales de los procesos palatinos laterales con el mesénquima del paladar anterior.	Fisura posterior al agujero incisivo, hay una falta de fusión de las masas mesenquimales de los procesos palatinos laterales entre sí incluyendo al tabique nasal.	Se debe a la falta de fusión de las masas mesenquimales de los procesos palatinos laterales con el mesénquima del paladar primario y con el tabique nasal.

Elaborado por: Autora, tomado de (Moore & Torchia, 2013, p. 106).

4.2.6. Etiología del labio leporino y paladar hendido

Esta patología considerada de origen multifactorial, tiene en el 33-36% de los casos una historia familiar conocida y en las dos terceras partes un origen ambiental.

Estas deformidades están asociadas a otras malformaciones, denominándose entonces labio leporino y paladar hendido sindrómico ya que han sido asociadas por lo menos con 150 síndromes por ejemplo: Apert, Crouzon, Down, Edwards, Patau, Síndrome Velocardiofacial etc. (Villegas Alzate, 2012, p. 18). Muchos de los síndromes asociados a fisuras presentan una transmisión autosómica dominante.

Entre los factores ambientales se mencionan a más del alcohol y tabaco, al uso de anti-convulsivantes y del ácido 13 cis-retinoico.

Cuadro 3 Factores ambientales y genéticos según el artículo Desarrollo de las fisuras labio palatinas 2015.

Factores ambientales	Factores genéticos
<ul style="list-style-type: none"> • La edad materna. • Uso de medicamentos (antiepilépticos). • Consumo de alcohol y tabaco en el embarazo. • Enfermedades nutricionales durante el embarazo (obesidad, diabetes, etc) • Falta de ácido fólico en el periodo de gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genes heredados por el padre o la madre pueden ser la causa de las fisuras o pueden presentar riesgos de hendiduras.

Elaborado por: Autora, tomado de (Bonilla Álvarez, 2015, p. 20).

Según la distribución de labio y paladar hendido, el 20% de casos representa solo al labio, 30% pertenece solo a paladar y el 50% es de labio y paladar hendido. Así mismo según el sexo, el 70% afecta al género masculino y 30% al género femenino, que padecen de labio y paladar hendido (Villegas Alzate, 2012).

4.2.7. Complicaciones:

Dificultad en la alimentación: los niños que presentan labio fisurado y paladar hendido les resulta difícil la alimentación, teniendo complicaciones al succionar el pezón. En cambio en los niños con paladar hendido puede ocurrir que la leche materna o de fórmula ingrese accidentalmente a la cavidad nasal.

Infecciones de oído y pérdida auditiva: se puede manifestar una infección al oído, debido a que a menudo ocurre una disfunción en el oído que conecta el oído medio y la garganta. Los líquidos acumulados aumentan la presión en los oídos, pudiendo comenzar la infección. Las infecciones recurrentes pueden producir una pérdida auditiva.

Retardo del habla y del lenguaje: Los niños pueden tener dificultades para hablar, porque la hendidura puede convertir la voz en nasal, siendo difícil de entender. La función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del paladar y del labio, lo que origina un retardo en el habla o habla anormal.

Problemas Odontológicos: los de paladar hendido pueden presentar problemas dentales, tales como caries y dientes faltantes, adicionales, malformados o desplazados, y es posible que los dientes no puedan erupcionar normalmente, requiriendo generalmente tratamiento de ortodoncia (Carvajal *et al.*, 2012, p. 20).

4.2.8. Diagnóstico.

El diagnóstico de labio leporino y paladar hendido se establece de acuerdo al grado de lesión que presente el infante. En la actualidad la ecografía de screening prenatal realizada en la mayoría de las embarazadas entre las 12-13 semanas y 20-22 semanas, puede identificar la mayoría de defectos que se presentan en el periodo de gestación (Mejía Ayala & Suárez Vergara, 2012, p. 15).

4.2.9. Tratamiento.

El tratamiento varía dependiendo del tipo de fisura que presenten los pacientes, necesitándose de un equipo multidisciplinario para la correcta recuperación de los pacientes, entre ellos pediatra, cirujano maxilofacial, anestesiólogo, odontólogos para rehabilitación oral, especialistas en terapia

del lenguaje y nutricionista, puesto que estas malformaciones dificultan la deglución de alimentos y los pacientes afectados pueden presentar un déficit nutricional (Fornasini & Vallejo Toro, 2012, p. 22).

Existen algunos protocolos en cuanto tratamientos quirúrgicos en el cual la mayoría de cirujanos se inclinan al protocolo de la “regla de los 10”.

La regla de los 10 se basa en que el paciente antes de ser operado debe de presentar los siguientes requisitos:

- Edad: mayor a 10 semanas.
- Peso: Más de 10 libras.
- Hemoglobina: mayor a 10 gramos (Lara Ortega, 2015, p. 8).

4.2.10. Valoración del estado nutricional en niños.

La valoración nutricional es la información que se obtiene a través de los estudios previos de los pacientes, para determinar el estado nutricional que presenta cada uno. Debe incluir: anamnesis, examen físico, antropometría, evaluación global subjetiva y exámenes bioquímicos (Figuerola, 2015, p. 13).

Los principales objetivos de la valoración nutricional son: controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano, identificando las alteraciones por exceso o defecto, así como distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional (Martinez Costa & Consuelo Pedrón, 2013, p. 20).

4.2.11. Encuestas dietéticas.

Con las encuestas vamos a obtener información detallada de cada paciente, lo que nos puede ayudar a detectar el trastorno nutricional. Estas encuestas van a estar acompañadas de un recordatorio de 24 horas que nos va a permitir saber el tipo de alimentación y preparación, añadiéndose además una tabla de frecuencia de consumo que nos va ayudar a tener conocimiento de qué alimentos consumen más los niños y cuantas veces en el día o a la semana los consumen. Toda esta información nos proporciona

una idea de la conducta alimentaria y nos permite establecer recomendaciones dietéticas (Estrada Cañete & Sabio Cifuentes, 2012, p. 6).

4.2.12. Valoración global subjetiva.

La valoración global subjetiva es un método rápido, no invasivo y sencillo de realizar, está constituido por datos que se obtienen de la historia clínica y con esto se puede llegar al diagnóstico nutricional del paciente. Este método va ayudar al diagnóstico nutricional de los niños que presentan labio leporino y paladar hendido con alteraciones de la mecánica deglutoria, problemas en la masticación, y en quienes pueden manifestarse problemas gastrointestinales por ejemplo vómito, diarrea, etc. (Luperito *et al.*, 2015, p. 21).

4.2.13. Antropometría.

La antropometría es el método que se utiliza para medir las partes del cuerpo, este método nos va a proporcionar información del paciente para determinar los cambios en la composición corporal y la adecuación de la ingesta de nutrientes, todo esto comprende: peso, talla, pliegues cutáneos, peso actual, peso ideal, IMC (Índice de Masa Corporal) etc.

La OMS diseñó para los niños un método diferente para realizar la antropometría, se diseñaron curvas de crecimiento, que se transforma en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas desde el primer año hasta los seis años de vida. Esto va a servir para detectar rápidamente y prevenir problemas graves en el crecimiento: desnutrición, sobrepeso y obesidad.

Se utiliza el peso y la talla para establecer los indicadores antropométricos relacionados también con la edad, talla y el sexo de un individuo (Pacheco *et al.*, 2012, p. 16).

Cuadro 4 Indicadores básicos en la antropometría pediátrica según Unicef 2012.

Peso para la edad (P/E):	Talla para la edad (T/E):	Peso para la talla (P/T):	Índice de masa corporal para la edad (IMC/E):
<p>La masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo.</p>	<p>Refleja el crecimiento relacionado con la edad cronológica y sus déficits, esto se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.</p>	<p>Refleja el peso que debe de tener el niño para su talla, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad.</p>	<p>Se calcula con la división del peso sobre la talla² y el resultado puede brindarnos el estado nutricional que tiene el niño.</p>

Elaborado por: Autora, tomado de (Pacheco *et al.*, 2012, p. 16).

4.2.14. Técnicas Antropométricas.

Medición del peso: para esta técnica se va a utilizar una balanza pediátrica, esta medida de peso va ayudar a obtener un reflejo de la masa corporal total del niño (tejido magro, tejido graso y fluidos intra y extracelulares) y es muy importante ya que permite monitorear el crecimiento.

Medición de la talla: para este método se va a utilizar un tallimetro o una cinta métrica. En los niños menores de dos años la talla se tomará en posición acostado boca arriba. Es un indicador del tamaño corporal y de la longitud de los huesos, tiene la ventaja sobre el peso de que no se ve

alterado por el estado hídrico del paciente, y los cambios a largo plazo reflejan el estado de nutrición crónico. (Lopez *et al.*, 2012, p. 17).

Procedimiento de gráficas: Para grafiar se debe primero conocer el peso, talla, edad y sexo del paciente, este método sirve para valorar el estado nutricional de los niños y dar un diagnóstico de acuerdo a los rangos que se muestran a continuación:

Cuadro 5 Interpretación de los percentiles según la OMS.

<p>Peso para la edad (P/E):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por encima de +3: Obesidad II • Entre +2 y +3: Obesidad I • Entre +1 y +2: Sobrepeso. • Entre 0 y +1/ 0 y -1: Normal. • Entre -1 y -2: Bajo peso. • Entre -2 y -3: Desnutrición grado I • Por encima de -3: Desnutrición grado II.
<p>Talla para la edad (T/E):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encima de +3: Talla elevada. • Entre +2 y +3/ +1 y +2/ 0 y 1/ 0 y -1: Normal. • Entre: -1 y -2: Baja talla. • Entre -2 y -3 Baja talla leve. • Encima de -3: Baja talla severa.
<p>Índice de masa corporal para la edad (IMC/E):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por encima de +3: Obesidad II • Entre +2 y +3: Obesidad I • Entre +1 y +2: Sobrepeso. • Entre 0 y +1/ 0 y -1: Normal. • Entre -1 y -2: Bajo peso. • Entre -2 y -3: Desnutrición grado I • Por encima de -3: Desnutrición grado II

Elaborado por: Autora, tomado de (Pacheco *et al.*, 2012, p. 16).

4.2.15. Nutrición en niños con labio leporino y paladar hendido.

La alimentación es un aspecto que preocupa a los padres que tienen niños con esta malformación y toma mucho tiempo encontrar una técnica adecuada que les permita alimentarlos de una mejor manera y que a la vez cubra todos los requerimientos necesarios para el niño.

Los niños que nacen con esta malformación presentan incapacidad para succionar con facilidad y es probable que las madres acudan a varios métodos para alimentar a su bebé (Aficaval, 2013, p. 2).

Un niño que presenta solo labio fisurado generalmente no tiene tanta dificultad para alimentarse, en cambio los niños que presentan paladar hendido requieren algunos cambios en la técnica de alimentación debido a que la cavidad nasal y oral no están separadas, estos niños necesitan más tiempo para alimentarse y podrían tener dificultad en coordinar el respirar y tragar.

Si hablamos de un niño que todavía está con la lactancia debe extraer la leche apretando el pezón entre la lengua y la porción del paladar que existe, esto le implica un esfuerzo mayor y probablemente el niño tragará mucho aire y necesitará que se le saquen los gases con mayor frecuencia, durante y después de la alimentación (Orphan , 2013, p. 1).

Lactancia materna: en condiciones normales los lactantes se ayudan con los labios y las encías para succionar el pezón y hacer bajar la leche. En cambio los que presentan labio leporino y paladar hendido tienen una dificultad al realizar esta técnica. La mayoría de las madres dicen que la técnica del agarre invertido es la que más facilidad le da al niño en el momento de la succión.

Biberones: hay varios tipos de biberones para los bebés que presentan esta malformación, la mayoría de ellos usan un biberón regular con una tetina en la que se recorta una X grande, otros usan biberones

especiales como por ejemplo: la tetina Haberman y el biberón Mead/Johnson (Pacheco *et al.*, 2012, p. 14).

Complicaciones: una de las complicaciones más comunes al momento de alimentar es la posición. La mayoría de los niños que presentan esta malformación son colocados en posición vertical lo que les ayuda a comer mejor y reduce la cantidad de alimentos que se le puede salir por la nariz.

En algunas ocasiones existe una negación al momento de comer por parte del niño, cuando la comida se le regresa por la nariz y en este caso, los padres deben de tener paciencia y colocar al niño de una manera adecuada, dar porciones pequeñas y que la preparación de los alimentos sean los correctos para su estado y edad.

Otras complicaciones nutricionales que puede presentarse con un niño de labio leporino y paladar hendido son las siguientes:

- Dificultad para ganar peso.
- Dificultad al masticar los alimentos por los problemas odontológicos asociados.
- Pérdida del apetito.
- Presentan un déficit de macro y micro nutrientes que pueden llevar al niño a una desnutrición. (Orphan , 2013, p. 1)

4.2.16. Alimentación en niños de 3 a 5 años con labio leporino y paladar hendido.

Los niños cuando empiezan a comer con cuchara se toman un tiempo en adaptarse y más los niños con paladar hendido. Al principio pueden tirar la comida con ayuda de la lengua, toser y en algunas ocasiones la comida se les puede regresar por la nariz.

Cuando la hendidura todavía está abierta, el niño va a presentar negación al momento de comer por las complicaciones en especial en la parte nasal en el momento que se le regresa la comida.

En la mayoría de los casos hay una obstrucción nasal en la cual la mamá o la persona que le está dando de comer debe de tenerlo en cuenta y enseguida darle un poco de agua, y si la nariz del niño sigue bloqueada, se debe con suavidad succionar con una pera de goma y luego enjuagar con agua (Carvajal *et al.*, 2012, p. 2).

4.2.17. Energía y nutrientes.

La energía y los nutrientes se cuantifican mediante las necesidades de cada niño, eso comprende la tasa de crecimiento, el metabolismo basal y la actividad física.

Requerimientos según la edad de los niños:

Cuadro 6 Requerimientos nutricionales para los niños según su edad.

Edad	Calorías (Kcal/día)	Proteínas (gr/día)	CHO (gr/día)	Grasas (gr/día)
1-3 años	1300	16	50-60	25-35
4- 6 años	1800	24	50-60	25-35

Elaborado por: Autora, tomado de (Núñez Arjona, 2013, p. 17)

4.2.17.1. Carbohidratos.

Una ingesta adecuada de hidratos de carbono es importante para cubrir las necesidades calóricas totales, las cuales representan el 50-60%, siendo importante elegir el consumo de carbohidratos saludables entre los cuales están los granos enteros que aportan gran cantidad de fibra (arroz integral, pan integral, etc.) y evitar consumir los de azúcares simples (dulces, harinas blancas, caramelos, etc.).

4.2.17.2. Proteínas.

Las proteínas representan aproximadamente entre el 15- 20% de calorías totales diarias y la función más importante es la de reparar y formar partes del cuerpo. Las proteínas están clasificadas de la siguiente manera:

- Animal: carne, leche, huevo, pollo, etc.
- Vegetal: Legumbres secas, cereales que necesitan ser complementadas con otros alimentos.

4.2.17.3. Grasas.

Es el nutriente más alto en calorías, su requerimiento diario es del 25-30%. Para tener una adecuada alimentación se debe consumir las grasas saludables (aceite de nueces, grasas insaturadas, aceite de oliva, aceites de semillas) y evitar las grasas saturadas como la mantequilla, grasas trans, grasa animal, etc.

4.2.17.4. Calcio, hierro y vitamina D.

El calcio, hierro y la vitamina D son nutrientes importantes para este grupo de edad, las recomendaciones necesarias de calcio van a variar dependiendo la edad del niño. En niños de 3 años su requerimiento es de 700 miligramos por día, y en niños de 4 a 5 años de 1000 miligramos que equivale a 1 gramo diario. El requerimiento de hierro es de 10 miligramos por día. Todos son nutrientes necesarios para su crecimiento y deben formar parte de una dieta balanceada y equilibrada.

La vitamina D la podemos encontrar en alimentos que han sido fortificados con esta vitamina productos como lácteos fortificados, cereales y jugos fortificados, y pescados grasos. En algunas ocasiones es necesario brindar suplementos de vitamina D a niños que no reciban > 200 UI/de alimentos fortificados diariamente (Chibbaro & Devorah, 2014, p. 11).

4.2.18. Frecuencia de consumo recomendada de alimentos.

En la siguiente tabla se indica la frecuencia recomendada que los niños pueden consumir. En el caso de los niños con malformaciones craneofaciales, en especial la de paladar hendido se debe variar la técnica de preparación para que al momento de comer no presenten dificultades y complicaciones.

Cuadro 7 Frecuencia de consumo de alimentos del artículo Alimentación del preescolar y escolar.

Leche y derivados	2 a 3 veces en el día.
Carnes y derivados	3 a 5 veces a la semana.
Pescado	Mínimo 4 veces por semana.
Huevo	Hasta 3 veces por semana.
Cereales	Todos los días en los almuerzos y las cenas.
Legumbres	2 a 4 veces por semana.
Verduras	Todos los días almuerzos y cenas.
Frutas	3 piezas al día que equivale a 6 porciones.
Azúcares	Controlar cantidad.
Aceites	Cantidad moderada
Miscelánea	Controlar en consumo.

Elaborado por: Autora, tomado de (Peña *et al.*, 2013, p. 8)

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

El labio leporino y paladar hendido influyen en el consumo de alimentos y en el estado nutricional, en los niños de 3 a 5 años que acuden al Centro de Cirugía Plástica Miraflores de la ciudad de Guayaquil.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES.

Variable Independiente:

- Labio leporino y paladar hendido.

Variable Dependiente:

- Consumo de alimentos
- Estado nutricional.

Cuadro 8 Identificación y clasificación de variables.

Variables	Categoría/Escala	Indicador
Características Generales	Sexo: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	% de investigados según sexo
	Edad: 3 - 4 años 4.1 - 5 años	% de investigados según edad
Estado Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Edad • Talla/Edad • IMC/Edad 	Tablas de la OMS (Organización Mundial de la Salud)
Consumo de Alimentos	Consumo de Kcal <ul style="list-style-type: none"> • Déficit (<90%) • Normal (90-110%) • Exceso (>110%) 	% de investigados según el consumo de Kcal

Consumo de Alimentos CHO	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit (<90%) • Normal (90-110%) • Exceso (>110%) 	% de investigados según el consumo de CHO
Consumo de Alimentos Grasas	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit (<90%) • Normal (90-110%) • Exceso (>110%) 	% de investigados según el consumo de Grasas
Consumo de Alimentos Proteínas	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit (<90%) • Normal (90-110%) • Exceso (>110%) 	% de investigados según el consumo de Proteínas.
Consumo de Alimentos # de comidas al día	<ul style="list-style-type: none"> • <2 • 2-3 • 4-5 	% de investigados según el consumo de comidas al día
Consumo de Alimentos Quien le da de comer	<ul style="list-style-type: none"> • Mamá • Papá • Otros... 	% de investigados según quien le da de comer.

Elaborado por: Autora.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1. Justificación de la elección del diseño.

El siguiente estudio tiene un diseño observacional, enfoque de tipo cuantitativo considerando la recolección de datos que se utiliza para aprobar la hipótesis, es de tipo descriptivo y no experimental ya que no se manipulan las variables, es transversal de tipo explicativo ya que los datos más importantes se recolectaron en un solo momento para luego ser analizados con el fin de determinar el estado nutricional de los niños de 3 a 5 años afectados de labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica Miraflores en Guayaquil.

7.2. Población y muestra.

La población está conformada por 130 niños que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores de la ciudad de Guayaquil en el periodo de octubre 2016 a febrero 2017.

La muestra se obtuvo aplicando los criterios de inclusión y exclusión, por lo tanto 38 niños con patología de labio leporino y paladar hendido y que presentan las edades requeridas de 3 a 5 años, fueron considerados para el presente trabajo de titulación.

7.2.1. Criterios de inclusión.

- Niños con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores de la ciudad de Guayaquil, octubre 2016- febrero 2017.
- Niños de 3 a 5 años de edad.

7.2.2. Criterios de exclusión.

- Niños mayores de 5 años.
- Niños menores de 3 años.
- Niños que no presentan diagnóstico de labio leporino y paladar hendido.

7.3. Técnicas e instrumentos de la recopilación de datos.

7.3.1. Técnica.

La recolección de datos se realiza mediante técnicas de investigación como encuestas que contienen recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo, anamnesis nutricional y tablas de crecimiento de la OMS.

El estado nutricional se valora de acuerdo a los siguientes parámetros antropométricos, considerando además de la lista de frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas.

Peso	Permite indicar el grado de masa corporal de nuestro cuerpo: bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesidad u Obesidad II.
Talla	Indica la talla mediante cm.
Peso/Edad	Indica el peso que debe presentar el niño de acuerdo a su edad. Se puede valorar en: normal, bajo peso, desnutrición I, desnutrición II, sobrepeso y obesidad.
Talla/Edad	Permite determinar la talla que debe de presentar el niño según su edad. Se puede valorar en: talla normal, baja talla, baja talla leve y baja talla severa.
IMC/Edad	Es un indicador del índice de masa corporal de acuerdo a la edad del niño.
Recordatorio de 24 horas	Ayuda al nutricionista a tener una referencia de lo que come la persona.
Frecuencia de consumo	Es la recolección de información para tener conocimiento de que alimentos consume cada persona, y en qué cantidad.

Elaborado por: Autora.

Instrumentos.

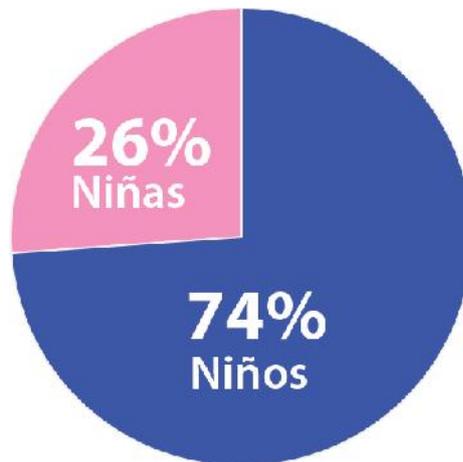
Balanza	Marca OMRON (HBF-514C)
Tallimetro	Marca (SECA)
Cinta métrica	SECA 201
Calculadora	Marca: BLT Scietific Calculator
Tablas de la OMS	Para obtener los resultados de las encuestas en cuanto P/E, IMC/E y T/E
Programa de Microsoft Office Excel	Organiza los datos obtenidos para luego analizar y sacar los resultados.

Elaborado por: Autora.

8. Presentación de Resultados.

8.1. Análisis e Interpretación de Resultados.

Figura 1 Distribución del porcentaje según el género.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Según el género, del 38% que corresponde al total de la población el 74% son de sexo masculino y 24% de sexo femenino.

Este resultado nos permite observar que esta malformación es más prevalente en varones que en mujeres.

Figura 2 Distribución del porcentaje según la edad.



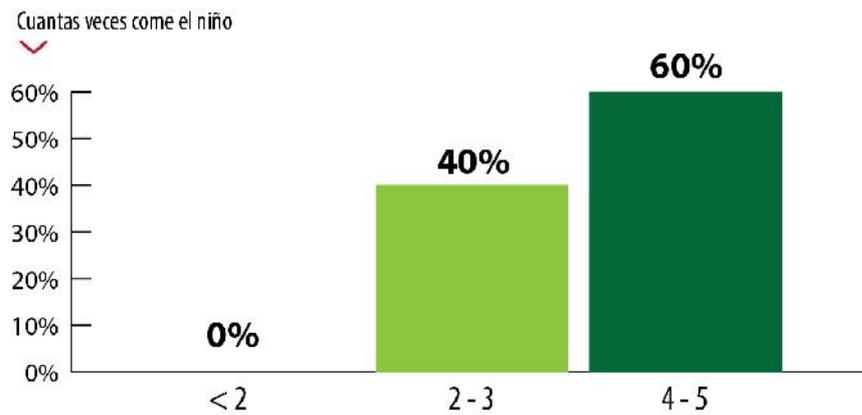
Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Según encuesta realizada, de un total de 100%, el 57% son niños de 3 años de edad, seguido del 32% correspondiente a niños de 5 años y finalmente el 11% a niños de 4 años. De lo investigado se puede inferir que los menores de este centro de salud, no se operan aún bajo las condiciones de gratuidad, porque no cumplen los requisitos de peso y medidas mínimas para la operación.

Figura 3 Distribución porcentual del número de comidas ingeridas



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

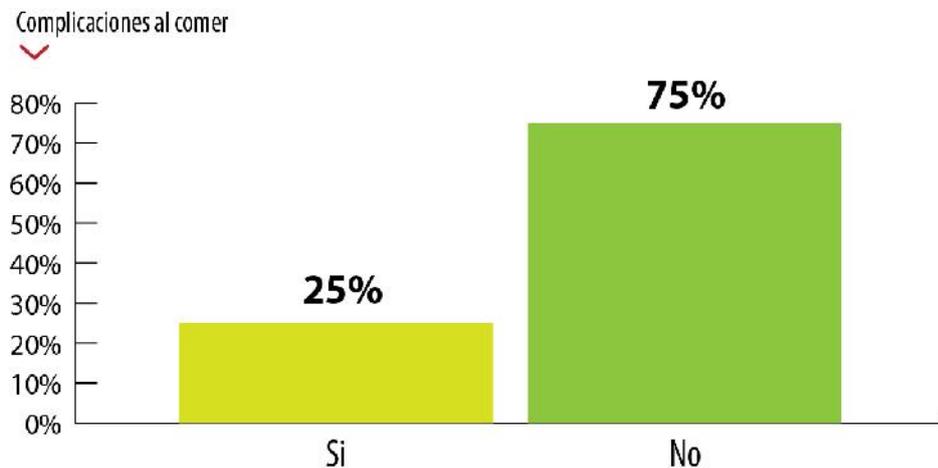
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Mediante la encuesta realizada se observó que el 60% de los niños ingieren alimentos de 4 a 5 veces al día como máximo, mientras que el 40% de estos niños ingieren entre 2 a 3 veces al día por su propia deficiencia de deglución que no les permite tener una alimentación normal.

De esto se deduce que la mayoría de los niños si tiene una alimentación adecuada aún con su enfermedad.

Figura 4 Porcentaje de niños y niñas que presentan complicaciones al momento de alimentarse.



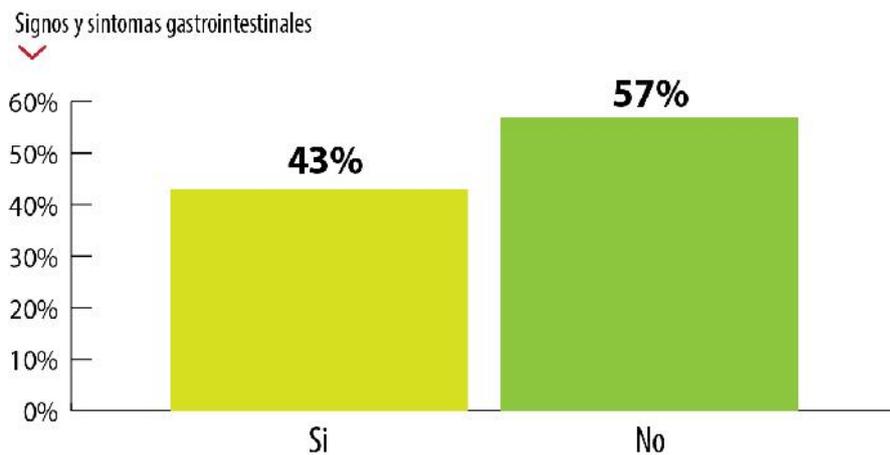
Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

En el gráfico 4 es descrita la distribución porcentual de los 38 niños que formaron parte del estudio, de los cuales el 75% no presenta ninguna complicación al momento de ingerir los alimentos, sin embargo, el 25% manifiesta complicaciones como vómito, dificultad para masticar o se les regresa los alimentos por la cavidad nasal.

Figura 5 Distribución del porcentaje de signos y síntomas gastrointestinales.



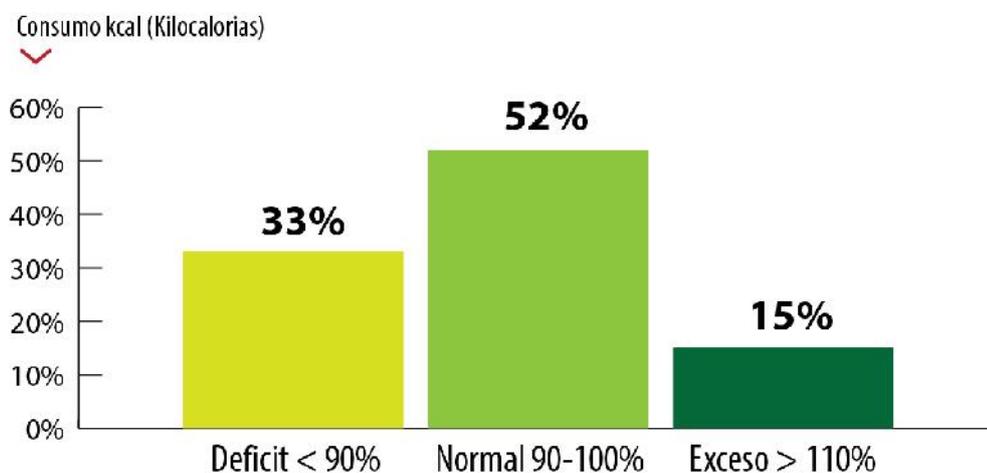
Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

En la encuesta realizada, un 57% no presenta ningún signo o síntoma gastrointestinal mientras que 43% sí lo hace, de donde inferimos que estos niños además de las malformaciones, presentan otra complicación que influye al momento de alimentarse.

Figura 6 Porcentaje del consumo de kilocalorías.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido

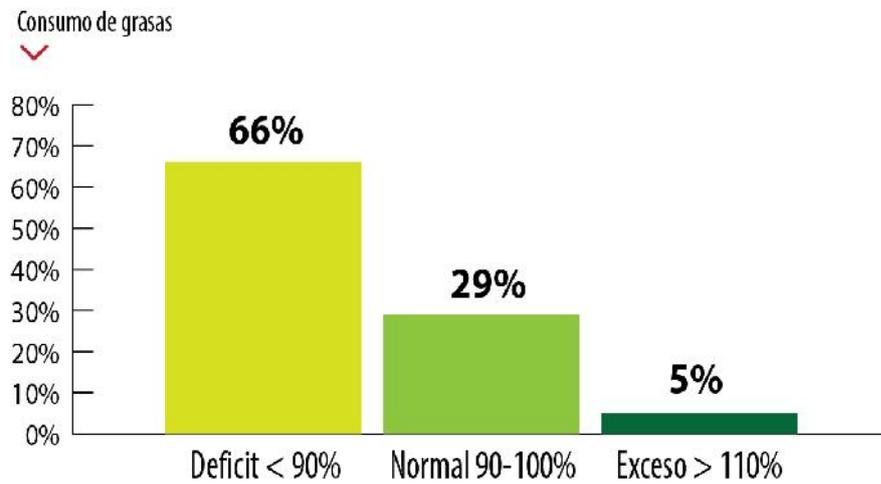
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Del 38% de la población estudiada se observó que el 50% tiene una distribución normal de kilocalorías en su dieta, seguida del 33% que presentó un déficit y por último un 15% con un excesivo consumo.

Se realizó el siguiente gráfico, debido a que cada niño no presentaba una adecuada alimentación y se reflejaba en el recordatorio de 24 horas en que se les realizó la encuesta.

Figura 7 Distribución porcentual del consumo de grasas.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

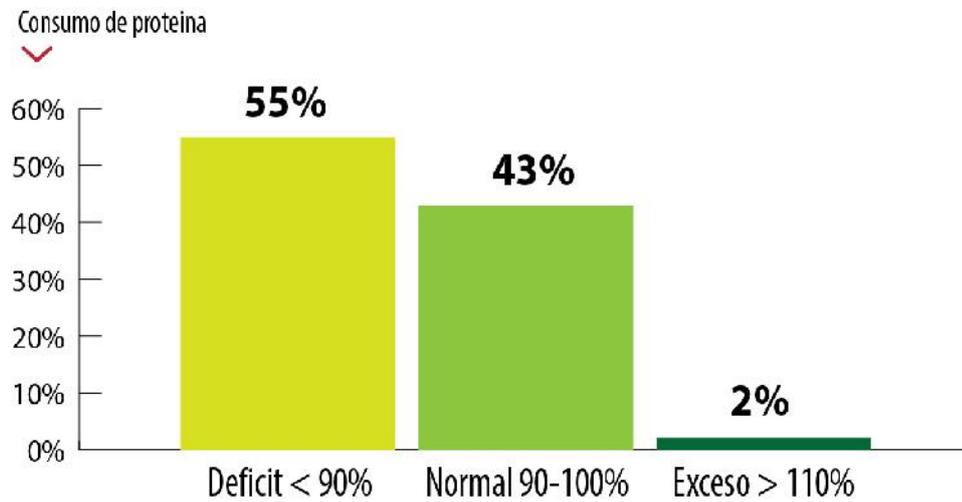
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Del 100% de los niños con labio leporino y paladar hendido, el 66% tienen un déficit de grasas en su dieta, el 29% presentó un consumo normal y el 5% restante, un exceso.

Los resultados indican que el mayor porcentaje de niños encuestados, tienen una dieta baja en grasas debido a la falta de una alimentación variada.

Figura 8 Porcentaje del consumo de proteínas.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

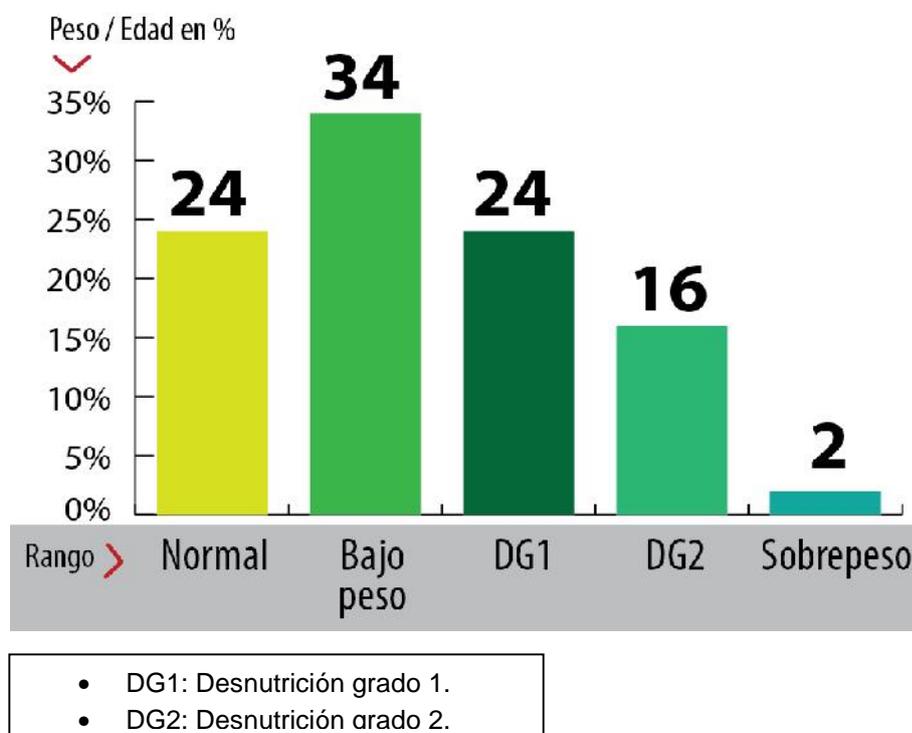
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

El siguiente análisis se obtuvo mediante la recolección de las encuestas a niños con labio leporino y paladar hendido, en donde el 55% tiene un déficit de proteína, el 47% presenta una ingesta normal.

Los resultados indican que el 55% tiene un déficit de proteínas, dado por un bajo nivel económico que impide el consumo de ciertos alimentos.

Figura 9 Distribución porcentual del estado nutricional según Peso/Edad.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

La figura esta ordenada según los rangos nutricionales de peso/edad.

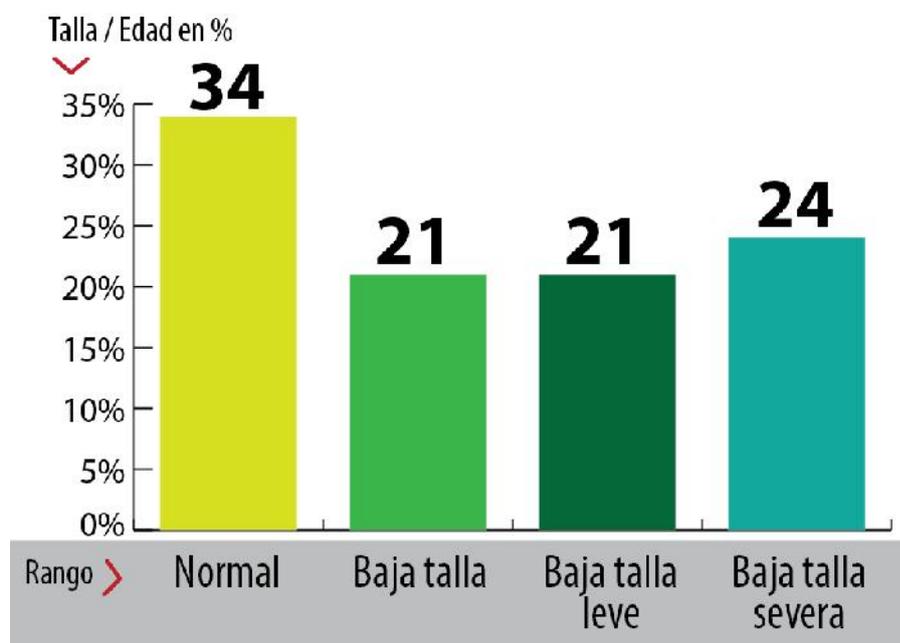
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

A partir de la tabla Peso/Edad de la OMS y según la interpretación, se obtuvo que el 34% presenta bajo peso, el 24% presenta un peso normal para su edad, el 24% corresponde a desnutrición grado 1, el 16%. El indicador Peso/Edad permite evaluar el estado nutricional de cada niño para demostrar si su peso es acorde a la edad de cada infante.

Estos resultados indican que los 38 infantes que tienen labio y paladar fisurado el 74% presentan alteraciones en su peso y solo el 20% tiene un peso adecuado para su edad.

Figura 10 Distribución porcentual del estado nutricional según Talla/Edad.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

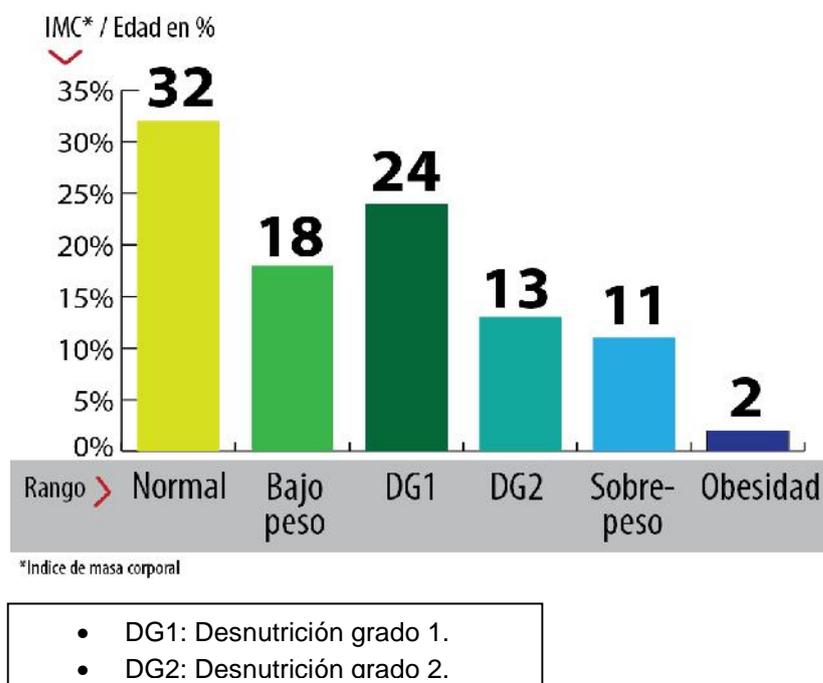
La figura esta ordenada según los rangos nutricionales de talla/edad

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Según la tabla Talla/Edad de la OMS, el 34% encuestado presenta talla normal, el 24% baja talla severa, el 21% baja talla y el 21% restante, baja talla leve. Este parámetro indica la talla adecuada para la edad del niño, ya que cada infante encuestado no presentaba una talla acorde a su edad.

Figura 11 Distribución porcentual del estado nutricional según IMC/Edad.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

La figura esta ordenada según los rangos nutricionales de IMC/edad.

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Por medio de la tabla IMC/Edad (Índice de masa corporal) y la interpretación según la OMS se obtuvo que el 32% corresponde a un IMC/Edad normal, el 24% a desnutrición grado 1, el 18% a bajo peso, el 13% a desnutrición grado 2.

Según las encuestas realizadas a los 38 infantes el 55% no presentan un IMC adecuada para su edad, esto se da por la deficiencia de nutrientes y por las malformaciones que padecen.

Tabla 1 Distribución porcentual de Peso/edad, IMC/edad y Talla/Edad.

Peso/Edad	N 24%	BP 34%	DG1 24%	DG2 16%	S 2%	O 0%
Talla/edad	N 34%	BT 21%	BTL 21%	BTS 24%		
IMC/Edad	N 32%	BP 18%	DG1 24%	DG2 13%	S 11%	O 2%

Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

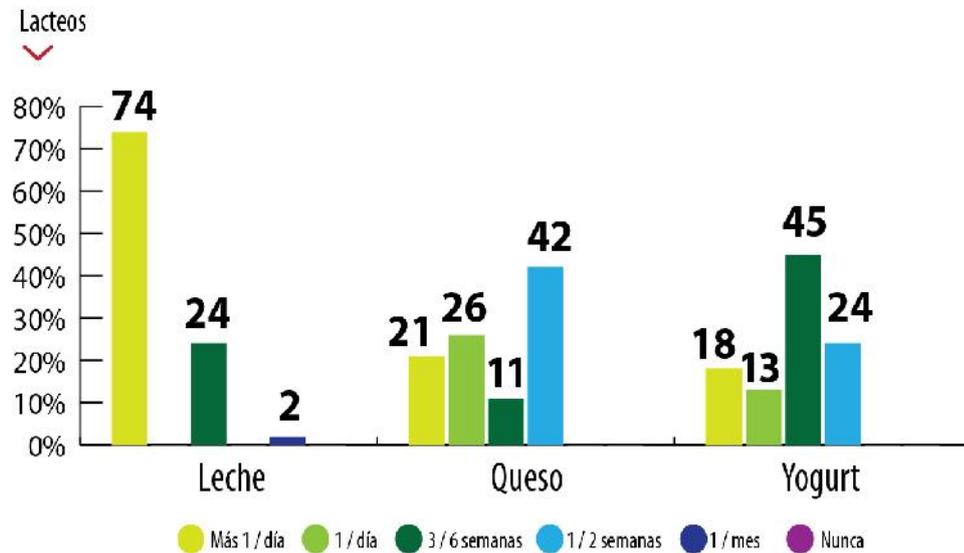
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Según las encuestas realizadas a 38 niños se observó que entre los rangos de peso/edad, talla/edad e IMC/edad se obtuvo un alto índice de problemas nutricionales el cual el porcentaje de peso/edad es de 74%, talla/edad tiene el de 66% y por ultimo IMC/edad con el 55%.

Con estos resultados se puede determinar que estas malformaciones complican el estado nutricional de los infantes y por tal motivo el tratamiento quirúrgico es cancelado.

Figura 12 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de lácteos.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

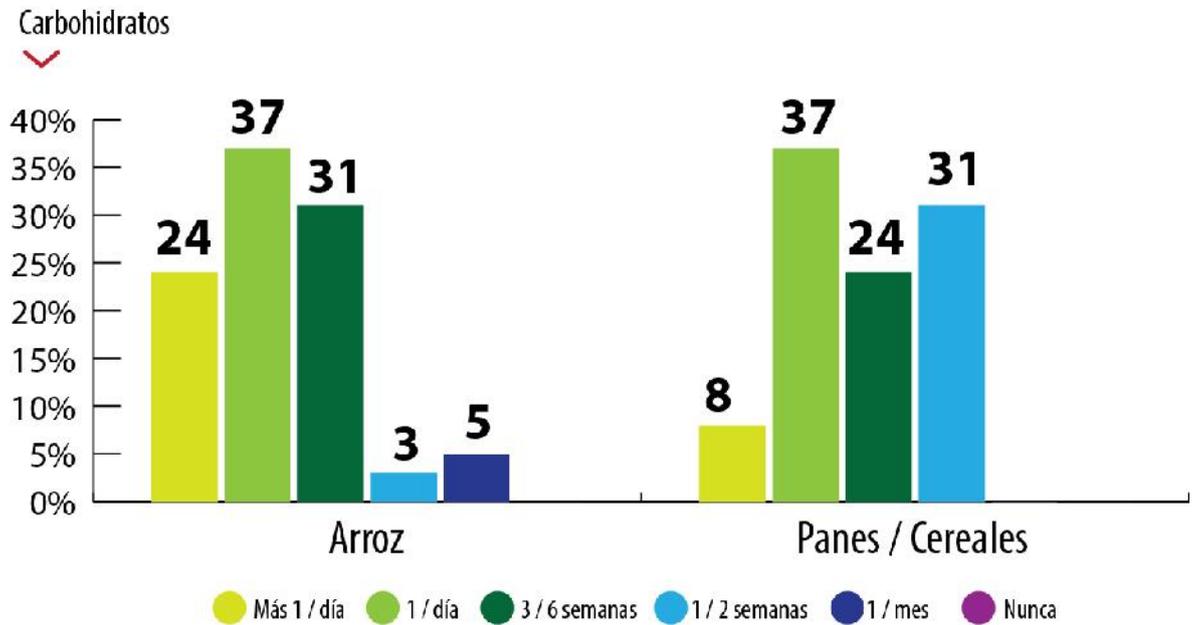
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Del 100% de la población estudiada, el 74% de los encuestados consumen leche más de una vez al día, seguido del 45% que consume yogurt entre 3 a 6 veces por semana y finalizando con el 42% que consume queso de 1 a 2 veces por semana.

Los niños tienen un adecuado consumo de lácteos porque al momento de ingerirlos no presentan ninguna complicación.

Figura 13 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Carbohidratos.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

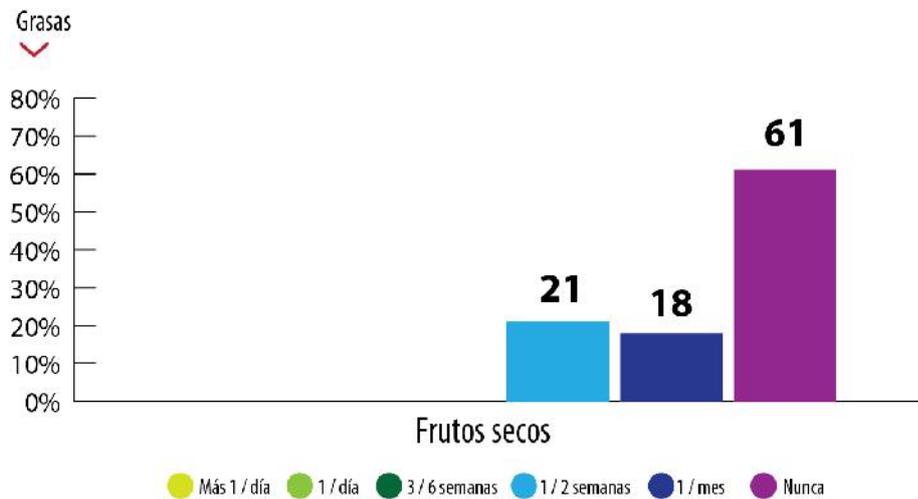
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

En la muestra obtenida, el 37% consume arroz en su dieta una vez al día y otro 37% que corresponde al consumo de panes y cereales también una vez al día.

Se observa que el consumo de carbohidratos no es tan elevado en su dieta diaria por presentar complicaciones al momento de ingerirlos.

Figura 14 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Grasas.



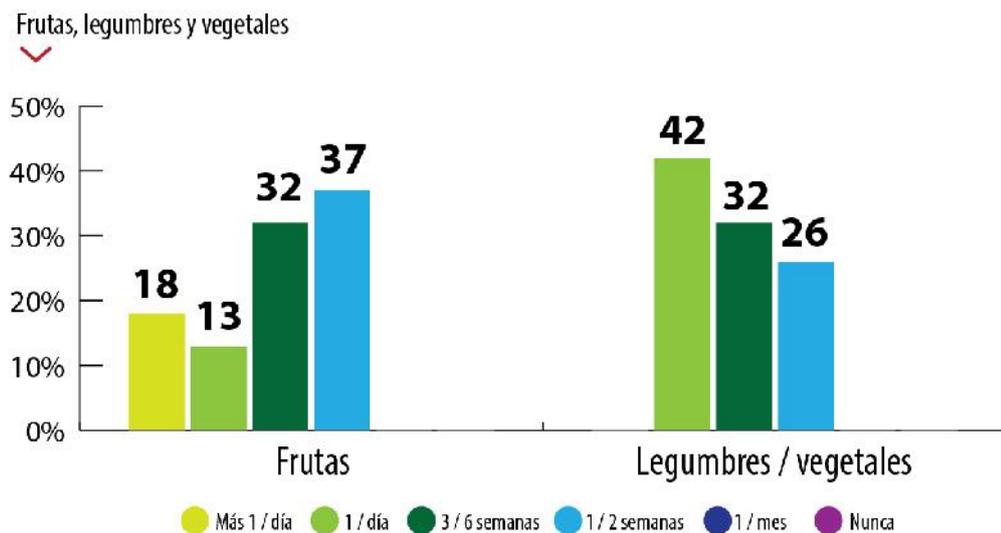
Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

Del 38% de los infantes, solo el 21% consumen frutos secos una a dos veces por semana, el 18% representan los consumos una vez al mes y, el 61% restante no consumen frutos secos en sus dietas. Esto se debe a que los niños tienen una dificultad al momento de la masticación.

Figura 15 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Frutas, Legumbres y vegetales.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

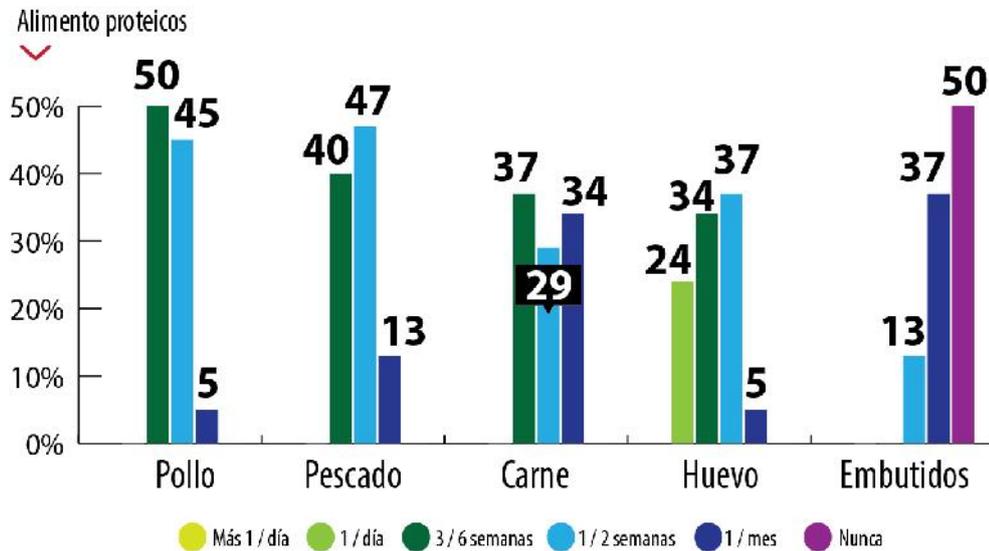
Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

En el gráfico 15 se describen los porcentajes de legumbres, vegetales y frutas, en donde los resultados muestran que el 37% es el porcentaje más alto de consumo de fruta que es de 1 a 2 veces por semana, mientras que el 42% pertenece al porcentaje de legumbres y vegetales consumidos una vez al día.

El análisis indica un bajo consumo diario de vegetales, legumbres y frutas por presentar problemas económicos, dificultad en la ingesta y por no tener los conocimientos necesarios para brindar una dieta variada, ya que lo normal del consumo es de 4 a 3 veces al día.

Figura 16 Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de Alimentos Proteicos.



Fuente: Ficha de valoración nutricional aplicada en niños con labio leporino y paladar hendido.

Elaborado por: Autora.

Análisis e interpretación de datos.

El 100% de la muestra indica una dieta rica en proteínas, observando que el 50% corresponde al consumo de pollo de 3 a 6 veces por semana, el pescado representa un 47% de consumo de una dos veces por semana, la carne un 37% y su consumo es de tres a seis veces por semana, el huevo un 37% de consumo de una a dos veces por semana, y en un 50%, lo embutidos que son excluidos de la dieta.

9. CONCLUSIONES.

El siguiente trabajo concluye que los niños con labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores de la ciudad de Guayaquil, octubre 2016- febrero 2017 presentan problemas nutricionales que se indican en las gráficas de Peso/Edad, Talla/edad e IMC/Edad.

Se observa que los porcentajes de los rangos de desnutrición grado I, grado II y bajo peso llegan al 74%, baja talla, baja talla leve y baja talla severa tienen un 75%, esto indica que el labio leporino y paladar hendido sí generan complicaciones en el estado nutricional de los infantes.

En la preferencia alimentaria obtenida mediante la frecuencia de consumo, el infante tiene preferencia por el pollo, pescado, leche, queso, arroz, entre otros; ya que alimentos como frutos secos, carnes y embutidos, son difíciles de ingerir ya sea por el tipo de preparación o por ser muy sólidos al momento de la masticación.

Basándose en el recordatorio de 24 horas realizado en las encuestas, los niños presentan déficit de macro nutrientes por llevar una dieta blanda o semiblanda, consecuencia de su malformación, que evita que los niños absorban los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo.

La guía a presentarse, brindará una alimentación adecuada y equilibrada a los niños, con los tipos de preparaciones correctas para que los mismos no presenten complicaciones al momento de alimentarse y logren tener el peso y la talla adecuada para su edad.

10. RECOMENDACIONES.

- ❖ Realizar una valoración nutricional completa a todos los niños sin régimen de edad, que acudan al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores para así prevenir problemas de desnutrición y de baja talla.
- ❖ Proporcionar una guía alimentaría a todos los niños de 3 a 5 años que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores.
- ❖ Los niños con labio leporino y paladar hendido deben de tener una alimentación adecuada al igual que un niño que no presente esta malformación con la diferencia del método de preparación.
- ❖ Realizar charlas a los padres para que ayuden a brindar a sus hijos una alimentación correcta y con variedad de preparaciones, para así evitar dificultades en los niños al momento de alimentarse.
- ❖ Mejorar los hábitos alimenticios, sin saltarse ningún tiempo de comida, es decir, desayuno, colación, almuerzo, colación, merienda.
- ❖ Elegir adecuadamente los alimentos que cubran los requerimientos apropiados para no entrar a un rango de desnutrición u obesidad.
- ❖ Incluir dentro de la dieta la ingesta de frutas de 2 a 3 veces en el día.
- ❖ Mejorar las técnicas de cocción, para que los alimentos sean preparados adecuadamente.
- ❖ Evitar el consumo de bollería y aumentar el consumo de alimentos saludables.

11. PRESENTACION DE PROPUESTA.

Título:

Tipos de menús para niños de 3 a 5 años con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores de la ciudad de Guayaquil en el periodo de octubre 2016- febrero 2017.

Justificación.

La siguiente propuesta tiene como objetivo ayudar a los niños con labio leporino y paladar hendido a tener una dieta que cubra todos los requerimientos necesarios para que los niños logren obtener un peso y una talla adecuada para su edad.

Esta propuesta va a constar de diferentes tipos de menús y con métodos de preparaciones adecuados para su ingesta, cada menú cubrirá los requerimientos calóricos diarios necesarios (kilocalorías, carbohidratos, grasas y proteínas) que un niño debe de consumir según su edad en este caso para niños de 3 a 5 años.

El requerimiento calórico según la edad comprende entre 1300 y 1800 Kcal/día, además se elaborará cuatro tipos de menús con cinco tiempos de comidas en diferentes tipos horarios, va a constar con el análisis respectivo de cada uno para demostrar que cubren las cantidades adecuadas de kilocalorías, carbohidratos, grasas y proteínas, también se va a implementar otros tipos de alimentos que van ayudar a presentar diferentes tipos de variedades al momentos de su preparación.

Menú

Día 1

Desayuno

Majado de verde con queso y mantequilla

Colada de manzana

Huevo duro

Colación

Papilla de guineo

Almuerzo

Crema de vegetales. (Zapallo, zanahoria, espinaca y papa)

Arroz con puré de zanahoria blanca y pescado a la plancha

Colada de manzana.

Colación.

Vaso de yogurt

Merienda.

Sanduche de queso con pan blando y mantequilla

Leche con maicena.

Menú

Día 2

Desayuno.

Pan blando con tortilla de huevo y mantequilla

Leche con tapioca

1 guineo orito.

Colación.

1 porción de sandía.

Almuerzo.

Sopa de queso.

Arroz

Tortillas de papa

Pollo a la plancha

Colada de avena

Colación.

Compota de pera

Merienda

Sopa de queso y colada de avena

Menú

Día 3

Desayuno.

Avena en leche

Porción de frutas picadas (guineo, papaya y sandía)

Colación

Compota de manzana

Almuerzo

Sopa de pollo

Arroz, menestra licuada y pollo (se puede coger el mismo pollo de la sopa y dorarlo en el sartén)

Jugo de melón.

Colación

Un paso pequeño de yogurt y 5 panes de yuca.

Merienda.

Sanduche de queso y batido de guineo.

Menú

Día 4

Desayuno

2 rodajas de pan molde

Huevo revuelto con queso

Leche con maicena

Colación.

Compota de pera.

Almuerzo.

Crema (brócoli, zanahoria, papa)

Arroz con ensalada (veteraba, papa y zanahoria)

Pollo a la plancha

Colación

Yogurt con cereal

Merienda

Sanduche de pollo (pan blando, pollo, lechuga)

Leche con maicena.

Majado de verde

Ingredientes

- 1 verde mediano
- 1 rodaja de queso
- 1 cucharadita de mantequilla
- Especies al gusto



Fuente: Autora

Preparación.

- Hervir el verde hasta que esté suave.
- Retirlo del agua y luego majarlo hasta tener una consistencia suave.
- Adicionar una cucharadita de mantequilla y una pisco de sal.
- Colocar el majado de verde en un plato y encima poner el queso rallado.

Colada de manzana

Ingredientes.

- 1 manzana grande
- 3 ramitas de canela
- Agua
- 1 cucharada de azúcar



Fuente: Autora

Preparación.

- Picar la manzana en cuatro pedazos.
- En una olla colocar agua con las tres ramas de canela y la manzana picada y dejar hasta que la manzana se suavice.
- Colocar el agua con la manzana y la canela en la licuadora y licuar hasta que tenga la consistencia adecuada.

Sopa de queso.

Ingredientes.

- 1 papa grande
- 1 taza de fideo para sopa
- 1 rodaja de queso
- ½ cebolla blanca
- ½ de pimienta.
- 1 taza de leche.
- Especies al gusto



Fuente: Autora

Preparación.

- 1) Hacer un refrito con la cebolla blanca y las especies al gusto y dejar que se cocine por 5 o 10 min y luego adicionar el agua.
- 2) Colocar la papa picada y esperar a que se cocine.
- 3) Poner la leche con el fideo y el queso.
- 4) Antes de servir adicionar las especies que desee.

Arroz con puré de zanahoria blanca y pescado a la plancha

Ingredientes.

- 1 taza de arroz.
- 1 zanahoria blanca grande.
- ½ taza de leche.
- 1 cucharada de mantequilla.
- 1 filete de pescado.
- Especies al gusto.



Fuente: Autora

Preparación.

- 1) Lavar el arroz y ponerlo en agua a cocinar con un poco de sal y aceite.
- 2) Pelar y picar la zanahoria.
- 3) Cocinar la zanahoria en agua.
- 4) Cuando esté lista la zanahoria majarla y adicionar la leche, la mantequilla y sal al gusto.
- 5) Aliñar el pescado con aliño casero y ponerlo en el sartén con un poco de agua y esperar hasta que este cocinado.

Crema de vegetales.

Ingredientes.

- ½ taza de zapallo.
- 1 zanahoria pequeña.
- ½ taza de espinaca
- 1 papa pequeña.
- 1 cucharadita de mantequilla.
- 1 rodaja de queso.



Fuente: Autora

Preparación.

- 1) Pelar y picar todos los vegetales y ponerlos a cocinar en agua.
- 2) Colocar los vegetales cocinado en la licuadora adicionando la mantequilla.
- 3) Una vez servido colocar el queso rallado.

Arroz con tortillas de papa y pollo a la plancha.

Ingredientes.

- 1 taza de arroz.
- 2 papas medianas.
- 1 cucharada de mantequilla.
- 1 filete de pollo.
- Sal al gusto.



Fuente: Autora

Preparación.

- 1) Lavar el arroz y cocinarlo en agua con un poco de aceite y sal.
- 2) Pelar y picar las papas y cocinarlas.
- 3) Una vez cocinada las papas se las maja y se adiciona la mantequilla.
- 4) Se le da a la papa la forma de una tortilla y se le pone un poco de harina para que no se pegue y se la pone a cocinar.
- 5) Aliñar el pollo y ponerlo a la plancha.

Arroz con ensalada de veteraba y pollo

Ingredientes.

- Arroz
- Veteraba
- Zanahoria
- Pollo
- Papa



Fuente: Autora

Preparación.

- 1) Lavar y cocinar el arroz con un poco de sal y aceite
- 2) Pelar y poner a cocinar la veteraba, papa y zanahoria
- 3) Cuando este cocinado picar en cuadritos pequeños
- 4) Freír con un poco de mantequilla la presa de pollo hasta que este cocinada

12. GLOSARIO.

Labio Leporino: Se denomina labio al defecto congénito que consiste en una hendidura o separación en el labio superior.

Paladar hendido: Defecto que se da en durante las primeras semanas de gestación en los cuales los tejidos de la boca: (labio, músculos, encía y cubierta interna de la boca (mucosa) no se unen de manera adecuada.

Estomodeo: Lugar de la boca embrionaria, destacada por una línea deprimida de ectodermo de la que se desarrollaran los dientes.

Mesenquima: Tejido conjuntivo embrionario que forma la mayor parte del mesodermo.

Rombencéfalo: Es una porción de encéfalo que rodea al cuarto ventrículo cerebral

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M., Castaño, J., & Gámez, B. (2012). Caracterización de los pacientes con labio leporino y paladar hendido y de la atención brindada en el hospital infantil universitario de Manizales. file:///C:/Users/Vision/Downloads/5384-37262-1-PB.pdf.
- Alimentación de los niños con labio leporino y fisuras palatinas. (2013). Aficaval. <http://www.aficaval.com/documentos/guiacastella.pdf>.
- Bonilla Álvarez, A. (2015). Desarrollo de las fisuras labio palatinas. <https://zaguan.unizar.es/record/47946/files/TAZ-TFG-2015-929.pdf>.
- Carvajal, J., Carvajal, P., Carvajal, C., Henners, H., & Romero, M. (2012). Prevalencia de labio fisurado y paladar hendido en niños de edad preescolar del municipio de Zudáñez. <http://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20de%20la%20salud%20l/Articulo%2017.pdf>.
- Chavarriga, J., Gonzalez, M., & Rocha, A. (2011). Factores relacionados con la prevalencia de Labio y Paladar Hendido en la población atendida en el Hospital Infantil "Los Ángeles". Municipio de Pasto (Colombia), 2003-2008. *Scielo*. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2011000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es

- Chavarriaga-Rosero, J., & González-Caicedo, M. X. (2011). Factores relacionados con la prevalencia de labio leporino y paladar hendido en la población atendida en el hospital infantil "Los Angeles" Municipio de Pasto (Colombia) 2003-2008. *Scielo* . <http://www.scielo.org.co/>
- Chibbaro, P., & Devorah, M. (2014). Guia para padres de niños con diferencias faciales. *Nutrición* . <https://www.myface.org/wp-content/uploads/2014/08/Nutrition-Spanish-LoRes.pdf>
- Estrada Cañete, R., & Sabio Cifuentes, V. (2012). Valoración del estado nutricional. <http://www.seep.es/privado/documentos/publicaciones/2000TCA/Cap01.pdf>
- Estrella, B. (2012). Evaluación del estado nutricional en niños/as de 0 a 18 meses de edad con labio leporino y/o paladar hendido que acuden a la consulta externa del área de Cirugía Plástica y Maxilofacial del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/1021/1/>
- Fabre Parreles, A. (2011). *Anatomía y fisiología de Adrubal Fabre*. Guayaquil-Ecuador: Editores tecnicos del Pacífico.
- Figueroa, G. (2015). Evaluación nutricional. <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/2015/evaluacion.pdf>
- Fornasini, M., & Vallejo Toro, S. (2012). Reporte de los casos atendidos por la Fundación Operación Sonrisa del Ecuador entre el 01 de noviembre

2008 hasta 29 de febrero 2012 de pacientes no sindrómicos con fisura labio - palatina y sus diferentes presentaciones, relacionados con el género, edad . Universidad San Francisco de Quito .
file:///C:/Users/Vision/Downloads/104987.pdf

García Rojas, E., Jiménez Hernández, M., Aguilar Mariscal, H., & Ramón Frías, T. (2015). Prevalencia de labio y paladar hendidos en un Hospital Pediátrico de Tabasco. *Cirugía Plástica*.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2015/cp153d.pdf>

Labio leporino y paladar hendido. (2013). *Orphan Nutrition* .
<http://www.orphannutrition.org/spanish/meeting-special-needs/cleft-palate-cleft-lip/>

Lara Ortega, J. (2015). Tratamiento quirúrgico de la hendidura labial en las primeras 24 horas del nacimiento. *Scielo* .
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400003

Lopez Cardenas, C., Navarro Haua, K., & Fernández Suverza, A. (2012). Mediciones antropométricas en el neonato. *Scielo* .
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009

Luperito Peralta, O., Encalada Torres Esperanza, L., & Vallejo Mosquera, L. (2015). Valoración del riesgo nutricional en pacientes mayores de 19 años con el método de la valoración global subjetiva, departamento

de medicina interna, Hospital vicente corral moscoso, 2014.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream>

Machado, R., Bastidas, M., & Arias., E. (2012). Disyunción Maxilar con la utilización del Expansor tipo Hyrax en pacientes con Labio y Paladar Hendidos. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* .

Martinez Costa, C., & Consuelo Pedrón, G. (2013). Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP .

Martínez Fraga, J. (2012). El Aparato Digestivo. Anatomía y Fisiología.

Mejía Ayala, A., & Suárez Vergara, D. (2012). Factores de riesgo materno predominantes asociados con labio leporino y paladar hendido en los recién nacidos. *Investigación materno infantil* .

Miguel de Priego, G. (2010). *Odontología pediátrica*. Lima-Peru.

Molina Carballo, E. (2013). Evaluación nutricional en niños de 0 a 24 meses con labio leporino y paladar hendido. *REDI- Universidad FASTA* .

Molina Carballo, E. (2013). Evaluación nutricional en niños de 0 a 24 meses con labio leporino y paladar hendido.

Molina Montes, B., Montes de Oca Fernandez, L., & Gamboa Mutuberri, F. (2012). Embriología y anatomía de la cavidad oral y faringea. Libro virtual de formación en ORL.

<http://seorl.net/PDF/Cavidad%20oral%20faringe%20esofago/067%20-%20EMBRIOLOG%C3%8DA%20Y%20ANATOM%C3%8DA%20DE%20LA%20CAVIDAD%20ORAL%20Y%20FARINGE.pdf>

Moore, K., & Torchia, M. (2013). *Embriología Clínica*. El Sevier.

Núñez Arjona, M. (2013). Guía de alimentación y Salud - Infancia. *Alimentación durante la infancia* . <http://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica->
[I/guia/PDF/Guia%20de%20Alimentacion%20y%20Salud%20-%20Infancia.pdf](http://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-)

OMS. (2012). Salud bucodental <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>

Pachajoa, H., Ariza, Y., & Isaza, C. (2010). Defectos congénitos mayores en un hospital de tercer nivel en Cali, Colombia 2004-2008. *Salud Pública* . <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n1/v13n1a13.pdf>

Pacheco, G., Pernas, G., Mosqueira, M., Juiz de Trogliero, C., & Raineri, F. (2012). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Unicef . https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf

Peña Quintana, L., Ros Mar, L., González Santana, D., & Rial González, R. (2013). Alimentación del preescolar y escolar. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_escolar.pdf

Quina, B. O., & Alejandrina, G. (2011). Incidencia de pacientes neonatos con labio fisurado y paladar hendido desde el año 2005 al 2010 atendidos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la Ciudad de Quito. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/862/3/T-UCE-0015-46.pdf>

Silverti. (2013). Anatomía oral y dental. Guía de Anatomía Oral y Dental . <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26132/1/tesis.pdf>

Valdés Massó, D., Hernández Gutiérrez, S., & Galiano del Castillo, M. (2015). Caracterización de pacientes con fisuras labio-palatinas atendidos en el hospital pediátrico de centro habana. enero 2008-diciembre 2013. <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15258e.pdf>

valdés, D., Hernández, S., & Galiano, M. (2015). Caracterización de pacientes con fisuras labio-palatinas atendidos en el hospital pediátrico de centro habana. enero 2008- diciembre 2013. Organó científico estudiantil de ciencias médicas en cuba.

Villegas Alzate, F. (2012). *Fundamentos de cirugía*. Medellín- Colombia: CIB.

ANEXOS.

ANEXO I



Encuesta Dietética Nutricional

Investigador: Lorena Barrezueta Chiluiza.

Datos Generales.

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Peso actual:

Talla actual:

1. ¿Cuántas veces al día come el niño?

- <2
- 2-3
- 4-5

9. ¿Al momento de la alimentación se observa alguna complicación?

- SI
- NO

Si hubo complicaciones especifique cuales:.....

10. ¿Quién le da de comer al niño/a?

- Mamá
- Papá
- Otros...

11. ¿Presentó algún Signo o síntoma gastrointestinal en las últimas 2 semanas?

- Si
- No

Si hubo algún Signo o síntoma gastrointestinal especifique cual.....

12. Anamnesis alimentaria (recordatorio de 24 H)

Desayuno	
Media mañana	
Almuerzo	
Media tarde	
Merienda	

Alimentos	+ de 1 vez/día	1 vez al día	3 – 6 veces por semana	1 – 2 veces por semana	Una vez mes	Nunca
Dulces						
Pollo						
Pescado						
Carne						
Huevo						
Hamburguesas						
Salchipapas						
Embutidos						
Sanduches						
Frutas						
Granos tiernos						
Frutos secos						
Leche						
Queso						
Yogurt						
Arroz						
Panes y cereales						
Legumbres / Vegetales						
Colas /jugos						

ANEXO II

Análisis del menú de 1800 Kcal.

ALIMENTOS	CANTIDAD (g)	ENERGIA (kcal)	CHO (g)	PR (g)	GR (g)
verde mediano	60	175,8	37,26	4,86	0,78
Queso	40	65,6	2	8,12	2,8
Mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
Huevo	60	91,8	0,72	8,04	6,76
Manzana	90	44,43	10,53	0,23	0,15
Azúcar	15	59,4	14,86	0	0
Guineo	70	74,9	17,29	1,19	0,14
Zapallo	60	19,2	294	0,96	0,42
Zanahoria	80	43,2	9,9	0,3	0,2
Espinaca	20	4,4	0,34	0,58	0,08
Papa	80	69,6	15,2	1,36	0,08
Queso	15	26,1	0,45	1,68	1,8
Arroz	80	282,4	62,88	5,76	0,8
Leche	5	8,2	0,25	1,01	0,35
zanahoria blanca	80	43,2	9,9	0,3	0,2
Mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
Pescado	90	80,1	0	18	0,9
Ajo	3	10,68	2,12	0,5	0,02
Yogurt	150	94,5	7,05	5,25	4,95
Pan	60	175,8	37,26	4,86	0,78
Queso	15	26,1	0,45	1,68	1,8
Mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
Leche	250	102,33	12,12	7,73	2,57
TOTAL		1808,62	534,82	72,65	37,67
% de adecuación		94,6	109	97,3	91,2

ANEXO III

Análisis del menú de 1300 Kcal.

ALIMENTO	CANTIDAD (g)	ENERGIA (kcal)	CHO (g)	PR (g)	GR (g)
Pan	60	175,8	37,26	4,86	0,78
mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
Huevo	60	91,8	0,72	8,04	6,76
azúcar	10	39,6	9,91	0	0
leche	250	102,33	12,12	7,73	2,57
guineo	70	74,9	17,29	1,19	0,14
sandía	40	13,8	3,02	0,24	8
queso	15	26,1	0,45	1,68	1,8
papa	80	69,6	15,2	1,36	0,08
achote	5	45	5,41	0,22	0,01
fideo	75	2,84	62,1	5,55	115
huevo	60	91,8	0,72	8,04	6,76
cebolla blanca	5	1,75	0,4	0,04	0
arroz	80	282,4	62,88	5,76	0,8
aceite	5	45	0	0	5
papa	80	69,6	15,2	1,36	0,08
mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
pollo	90	189	0	16,74	13,59
ajo	10	35,6	7,07	1,68	0,07
avena	20	74,6	12,98	2,55	1,38
canela	3	7,98	1,65	0,11	0,09
TOTAL		1313,42	264,54	67,31	170,97
% de adecuación		104.2	98.6	95.4	90.7

ANEXO IV

Análisis del menú de 1800 Kcal.

ALIMENTO	CANTIDAD (g)	ENERGIA (kcal)	CHO (g)	PR (g)	GR (g)
avena	20	74,6	12,98	2,55	1,38
leche	250	102,33	12,12	7,73	2,57
canela	3	7,98	1,65	0,11	0,09
azúcar	10	39,6	9,91	0	0
guineo	70	74,9	17,29	1,19	0,14
papaya	60	25,8	5,88	0,36	0,06
sandía	40	13,8	3,02	0,24	8
manzana	90	44,43	10,53	0,23	0,15
canela	3	7,98	1,65	0,11	0,09
pollo	150	315	0	27,9	22,6
papa	80	69,6	15,2	1,36	0,08
fideo	75	2,84	62,1	5,55	115
zanahoria	80	43,2	9,9	0,3	0,2
arroz	80	282,4	62,88	5,76	0,8
frejol	40	132,4	22,16	8,72	1
cebolla	5	1,75	0,4	0,04	0
pimiento	10	45,3	10,4	0,7	0,1
aceite	5	45	0	0	5
achote	5	45	5,41	0,22	0,01
naranja	90	40,8	9,36	0,63	0,09
yogurt	150	94,5	7,05	5,25	4,95
Almidón	60	209,4	50,16	0,24	0,24
mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
huevo	60	91,8	0,72	8,04	6,76
queso	40	65,6	2	8,12	2,8

pan	60	175,8	37,26	4,86	0,78
mantequilla	5	36,96	0,08	0,08	4,03
queso	15	26,1	0,45	1,68	1,8
Leche	250	102,33	12,12	7,73	2,57
Guineo	70	74,9	17,29	1,19	0,14
Total		2329,06	400,05	100,97	185,46
% adecuación		105	98.3	88.6	87.4

ANEXO V

Análisis del menú de 1300 Kcal.

ALIMENTO	CANTIDAD (g)	ENERGIA (kcal)	CHO (g)	PR (g)	GR (g)
pan	60	175,8	37,26	4,86	0,78
huevo	60	91,8	0,72	8,04	6,76
queso	40	65,6	2	8,12	2,8
leche	250	102,33	12,12	7,73	2,57
maicena	10	35,4	8,47	0,03	0,07
canela	3	7,98	1,65	0,11	0,09
azúcar	10	39,6	9,91	0	0
pera	70	48,3	0,04	0,35	0,28
canela	10	39,6	9,91	0	0
azúcar	10	39,6	9,91	0	0
brócoli	80	32,8	4,4	3,2	0,4
zanahoria	20	9,4	0,88	0,54	0,88
papa	80	69,6	15,2	1,36	0,08
arroz	80	282,4	62,88	5,76	0,8
veteraba	50	20,5	4,75	0,65	0,05
papa	80	69,6	15,2	1,36	0,08
zanahoria	20	9,4	0,88	0,54	0,88
pollo	90	189	0	16,74	13,59
yogurt	150	94,5	7,05	5,25	4,95
cereal	20	74,6	12,98	2,55	1,38
pan	60	175,8	37,26	4,86	0,78
pollo	90	189	0	16,74	13,59
lechuga	30	5,1	0,81	0,3	0,06
leche	250	102,33	12,12	7,73	2,57

maicena	10	35,4	8,47	0,03	0,07
canela	10	39,6	9,91	0	0
azúcar	10	39,6	9,91	0	0
Total		2084,64	294,69	96,85	53,51
% adecuación de		106	98	85	91

ANEXO VI



ANEXO VII

Simplified field tables

Year: Month		Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
2: 0	24	76.0	79.3	82.6	85.7	88.9	92.2	95.4	
2: 1	26	76.8	80.0	83.3	86.6	89.9	93.1	96.4	
2: 2	28	77.6	80.8	84.1	87.4	90.8	94.1	97.4	
2: 3	27	78.1	81.6	84.9	88.2	91.7	95.0	98.4	
2: 4	28	78.8	82.2	85.7	89.1	92.6	96.0	99.4	
2: 6	29	79.6	82.9	86.4	89.9	93.4	96.9	100.3	
2: 8	30	80.1	83.8	87.1	90.7	94.2	97.7	101.3	
2: 7	31	80.7	84.5	87.9	91.4	95.0	98.6	102.2	
2: 8	32	81.3	84.9	88.6	92.2	95.8	99.4	103.1	
2: 8	33	81.9	85.8	89.3	92.9	96.8	100.3	103.9	
2:10	34	82.6	86.2	89.8	93.8	97.4	101.1	104.8	
2:11	35	83.1	86.8	90.6	94.4	98.1	101.9	105.8	
3: 0	36	83.8	87.4	91.2	95.1	98.8	102.7	106.6	
3: 1	37	84.2	88.0	91.8	95.7	99.3	103.4	107.3	
3: 2	38	84.7	88.6	92.6	96.4	100.3	104.2	108.1	
3: 3	38	85.3	89.2	93.1	97.1	101.0	105.8	108.9	
3: 4	40	85.8	89.8	93.8	97.7	101.7	106.7	109.7	
3: 5	41	86.3	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.6	
3: 6	42	86.8	90.9	95.0	99.0	103.1	107.2	111.2	
3: 7	43	87.4	91.6	95.6	99.7	103.8	107.9	112.0	
3: 8	44	87.9	92.0	96.2	100.3	104.6	108.8	112.7	
3: 9	46	88.4	92.6	96.7	100.9	105.1	109.3	113.6	
3:10	46	88.9	93.1	97.3	101.6	105.8	110.0	114.2	
3:11	47	89.3	93.8	97.9	102.1	106.4	110.7	114.9	
4: 0	48	89.8	94.1	98.4	102.7	107.0	111.3	115.7	
4: 1	48	90.3	94.8	99.0	103.3	107.7	112.0	116.4	
4: 2	50	90.7	95.1	99.6	103.9	108.3	112.7	117.1	
4: 3	51	91.2	95.8	100.1	104.6	108.9	113.3	117.7	

4: 4	52	91.7	96.1	100.6	106.0	109.6	114.0	118.4
4: 5	53	92.1	96.6	101.1	106.6	110.1	114.6	118.1
4: 6	54	92.6	97.1	101.6	106.2	110.7	115.2	118.8
4: 7	56	93.0	97.6	102.2	106.7	111.3	115.9	120.4
4: 8	58	93.4	98.1	102.7	107.3	111.9	116.6	121.1
4: 9	57	93.9	98.6	103.2	107.8	112.5	117.1	121.8
4:10	58	94.3	99.0	103.7	108.4	113.0	117.7	122.4
4:11	59	94.7	99.5	104.2	108.9	113.6	118.3	123.1
5: 0	60	95.2	99.9	104.7	109.4	114.2	118.9	123.7

WHO Child Growth Standards

Year: Month		Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
2: 0	24	78.0	81.9	84.1	87.1	90.2	93.2	96.3	
2: 1	26	78.6	81.7	84.9	88.0	91.1	94.2	97.3	
2: 2	26	79.3	82.5	85.6	88.8	92.9	95.2	98.3	
2: 3	27	79.9	83.1	86.4	89.6	92.9	96.1	99.3	
2: 4	28	80.6	83.8	87.1	90.4	93.7	97.0	100.2	
2: 5	29	81.1	84.5	87.8	91.2	94.5	97.9	101.2	
2: 6	30	81.7	85.1	88.5	91.9	95.3	98.7	102.1	
2: 7	31	82.3	85.7	89.2	92.7	96.1	99.6	103.0	
2: 8	32	82.8	86.4	89.9	93.4	96.9	100.4	103.9	
2: 9	33	83.4	86.9	90.5	94.1	97.6	101.2	104.8	
2:10	34	83.9	87.6	91.1	94.8	98.4	102.0	105.6	
2:11	35	84.4	88.1	91.8	95.4	99.1	102.7	106.4	
3: 0	36	85.0	88.7	92.4	96.1	99.8	103.5	107.2	
3: 1	37	85.5	89.2	93.0	96.7	100.5	104.2	108.0	
3: 2	38	86.0	89.8	93.6	97.4	101.2	103.0	108.8	
3: 3	39	86.6	90.3	94.2	98.0	101.8	105.7	109.6	
3: 4	40	87.0	90.9	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3	
3: 5	41	87.5	91.4	95.3	99.2	103.2	107.1	111.0	
3: 6	42	88.0	91.9	95.9	99.9	103.8	107.6	111.7	
3: 7	43	88.4	92.4	96.4	100.4	104.5	108.2	112.5	
3: 8	44	88.9	93.0	97.0	101.0	105.1	109.1	113.2	
3: 9	45	89.4	93.5	97.5	101.6	105.7	109.8	113.9	
3:10	46	89.8	94.0	98.1	102.2	106.3	110.4	114.6	
3:11	47	90.3	94.4	98.6	102.8	107.0	111.1	115.2	
4: 0	48	90.7	94.9	99.1	103.3	107.6	111.7	115.9	
4: 1	49	91.2	95.4	99.7	103.9	108.1	112.4	116.6	
4: 2	50	91.6	95.9	100.2	104.4	108.7	113.0	117.2	
4: 3	51	92.1	96.4	100.7	105.0	109.3	113.6	117.8	

Year: Month		Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
4: 4	52	92.5	96.9	101.2	105.6	109.9	114.2	118.6	
4: 5	53	93.0	97.4	101.7	106.1	110.6	114.9	119.2	
4: 6	54	93.4	97.8	102.3	106.7	111.1	115.6	119.9	
4: 7	55	93.9	98.3	102.8	107.2	111.7	116.1	120.8	
4: 8	56	94.3	98.8	103.3	107.8	112.3	116.7	121.2	
4: 9	57	94.7	99.3	103.8	108.3	112.8	117.4	121.9	
4:10	58	95.2	99.7	104.3	108.9	113.4	118.0	122.6	
4:11	59	95.6	100.2	104.8	109.4	114.0	118.6	123.2	
5: 0	60	96.1	100.7	105.3	110.0	114.6	119.2	123.9	

WHO Child Growth Standards

Tablas Talla/Edad para niños y niñas de 2 a 5 años de la OMS
(Organización Mundial de la salud)

ANEXO VIII

Simplified field tables

Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (z-scores)		World Health Organization						
Year:Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0:0	0	7.0	7.6	7.8	8.1	8.1	8.1	8.8
0:1	1	8.7	8.8	9.0	9.2	9.3	9.4	9.8
0:2	2	9.4	9.8	9.9	9.9	9.9	9.9	10.4
0:3	3	9.9	10.2	10.3	10.3	10.3	10.3	10.8
0:4	4	10.4	10.7	10.8	10.8	10.8	10.8	11.3
0:5	5	10.8	11.1	11.2	11.2	11.2	11.2	11.7
0:6	6	11.1	11.4	11.5	11.5	11.5	11.5	12.0
0:7	7	11.4	11.7	11.8	11.8	11.8	11.8	12.3
0:8	8	11.7	12.0	12.1	12.1	12.1	12.1	12.6
0:9	9	11.8	12.1	12.2	12.2	12.2	12.2	12.7
0:10	10	12.1	12.4	12.5	12.5	12.5	12.5	13.0
0:11	11	12.4	12.7	12.8	12.8	12.8	12.8	13.3
0:12	12	12.7	13.0	13.1	13.1	13.1	13.1	13.6
0:13	13	12.8	13.1	13.2	13.2	13.2	13.2	13.7
0:14	14	13.1	13.4	13.5	13.5	13.5	13.5	14.0
0:15	15	13.4	13.7	13.8	13.8	13.8	13.8	14.3
0:16	16	13.7	14.0	14.1	14.1	14.1	14.1	14.6
0:17	17	13.8	14.1	14.2	14.2	14.2	14.2	14.7
0:18	18	14.1	14.4	14.5	14.5	14.5	14.5	15.0
0:19	19	14.4	14.7	14.8	14.8	14.8	14.8	15.3
0:20	20	14.7	15.0	15.1	15.1	15.1	15.1	15.6
0:21	21	14.8	15.1	15.2	15.2	15.2	15.2	15.7
0:22	22	15.1	15.4	15.5	15.5	15.5	15.5	16.0
0:23	23	15.4	15.7	15.8	15.8	15.8	15.8	16.3
0:24	24	15.7	16.0	16.1	16.1	16.1	16.1	16.6
0:25	25	15.8	16.1	16.2	16.2	16.2	16.2	16.7
0:26	26	16.1	16.4	16.5	16.5	16.5	16.5	17.0
0:27	27	16.4	16.7	16.8	16.8	16.8	16.8	17.3
0:28	28	16.7	17.0	17.1	17.1	17.1	17.1	17.6
0:29	29	16.8	17.1	17.2	17.2	17.2	17.2	17.7
0:30	30	17.1	17.4	17.5	17.5	17.5	17.5	18.0

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (z-scores)		World Health Organization						
Year:Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0:0	0	6.4	6.6	6.8	6.8	6.8	6.8	7.4
0:1	1	8.0	8.2	8.4	8.4	8.4	8.4	9.0
0:2	2	8.6	8.8	9.0	9.0	9.0	9.0	9.6
0:3	3	9.1	9.3	9.5	9.5	9.5	9.5	10.1
0:4	4	9.6	9.8	10.0	10.0	10.0	10.0	10.6
0:5	5	10.1	10.3	10.5	10.5	10.5	10.5	11.1
0:6	6	10.6	10.8	11.0	11.0	11.0	11.0	11.6
0:7	7	11.1	11.3	11.5	11.5	11.5	11.5	12.1
0:8	8	11.6	11.8	12.0	12.0	12.0	12.0	12.6
0:9	9	11.7	12.0	12.2	12.2	12.2	12.2	12.8
0:10	10	12.0	12.3	12.5	12.5	12.5	12.5	13.1
0:11	11	12.3	12.6	12.8	12.8	12.8	12.8	13.4
0:12	12	12.6	12.9	13.1	13.1	13.1	13.1	13.7
0:13	13	12.7	13.0	13.2	13.2	13.2	13.2	13.8
0:14	14	13.0	13.3	13.5	13.5	13.5	13.5	14.1
0:15	15	13.3	13.6	13.8	13.8	13.8	13.8	14.4
0:16	16	13.6	13.9	14.1	14.1	14.1	14.1	14.7
0:17	17	13.7	14.0	14.2	14.2	14.2	14.2	14.8
0:18	18	14.0	14.3	14.5	14.5	14.5	14.5	15.1
0:19	19	14.3	14.6	14.8	14.8	14.8	14.8	15.4
0:20	20	14.6	14.9	15.1	15.1	15.1	15.1	15.7
0:21	21	14.7	15.0	15.2	15.2	15.2	15.2	15.8
0:22	22	15.0	15.3	15.5	15.5	15.5	15.5	16.1
0:23	23	15.3	15.6	15.8	15.8	15.8	15.8	16.4
0:24	24	15.6	15.9	16.1	16.1	16.1	16.1	16.7
0:25	25	15.7	16.0	16.2	16.2	16.2	16.2	16.8
0:26	26	16.0	16.3	16.5	16.5	16.5	16.5	17.1
0:27	27	16.3	16.6	16.8	16.8	16.8	16.8	17.4
0:28	28	16.6	16.9	17.1	17.1	17.1	17.1	17.7
0:29	29	16.7	17.0	17.2	17.2	17.2	17.2	17.8
0:30	30	17.0	17.3	17.5	17.5	17.5	17.5	18.1

Simplified field tables

Weight-for-age BOYS Birth to 5 years (z-scores)		World Health Organization						
Year:Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0:0	0	2.1	2.4	2.6	2.6	2.6	2.6	3.2
0:1	1	2.9	3.1	3.3	3.3	3.3	3.3	3.9
0:2	2	3.5	3.7	3.9	3.9	3.9	3.9	4.5
0:3	3	4.4	4.6	4.8	4.8	4.8	4.8	5.4
0:4	4	4.9	5.1	5.3	5.3	5.3	5.3	5.9
0:5	5	5.5	5.7	5.9	5.9	5.9	5.9	6.5
0:6	6	6.0	6.2	6.4	6.4	6.4	6.4	7.0
0:7	7	6.5	6.7	6.9	6.9	6.9	6.9	7.5
0:8	8	6.8	7.0	7.2	7.2	7.2	7.2	7.8
0:9	9	7.1	7.3	7.5	7.5	7.5	7.5	8.1
0:10	10	7.4	7.6	7.8	7.8	7.8	7.8	8.4
0:11	11	7.7	7.9	8.1	8.1	8.1	8.1	8.7
0:12	12	8.0	8.2	8.4	8.4	8.4	8.4	9.0
0:13	13	8.3	8.5	8.7	8.7	8.7	8.7	9.3
0:14	14	8.6	8.8	9.0	9.0	9.0	9.0	9.6
0:15	15	8.9	9.1	9.3	9.3	9.3	9.3	9.9
0:16	16	9.2	9.4	9.6	9.6	9.6	9.6	10.2
0:17	17	9.5	9.7	9.9	9.9	9.9	9.9	10.5
0:18	18	9.8	10.0	10.2	10.2	10.2	10.2	10.8
0:19	19	10.1	10.3	10.5	10.5	10.5	10.5	11.1
0:20	20	10.4	10.6	10.8	10.8	10.8	10.8	11.4
0:21	21	10.7	10.9	11.1	11.1	11.1	11.1	11.7
0:22	22	11.0	11.2	11.4	11.4	11.4	11.4	12.0
0:23	23	11.3	11.5	11.7	11.7	11.7	11.7	12.3
0:24	24	11.6	11.8	12.0	12.0	12.0	12.0	12.6
0:25	25	11.9	12.1	12.3	12.3	12.3	12.3	12.9
0:26	26	12.2	12.4	12.6	12.6	12.6	12.6	13.2
0:27	27	12.5	12.7	12.9	12.9	12.9	12.9	13.5
0:28	28	12.8	13.0	13.2	13.2	13.2	13.2	13.8
0:29	29	13.1	13.3	13.5	13.5	13.5	13.5	14.1
0:30	30	13.4	13.6	13.8	13.8	13.8	13.8	14.4

Weight-for-age GIRLS Birth to 5 years (z-scores)		World Health Organization						
Year:Month	Months	-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0:0	0	6.4	6.6	6.8	6.8	6.8	6.8	7.4
0:1	1	8.0	8.2	8.4	8.4	8.4	8.4	9.0
0:2	2	8.6	8.8	9.0	9.0	9.0	9.0	9.6
0:3	3	9.1	9.3	9.5	9.5	9.5	9.5	10.1
0:4	4	9.6	9.8	10.0	10.0	10.0	10.0	10.6
0:5	5	10.1	10.3	10.5	10.5	10.5	10.5	11.1
0:6	6	10.6	10.8	11.0	11.0	11.0	11.0	11.6
0:7	7	11.1	11.3	11.5	11.5	11.5	11.5	12.1
0:8	8	11.6	11.8	12.0	12.0	12.0	12.0	12.6
0:9	9	11.7	12.0	12.2	12.2	12.2	12.2	12.8
0:10	10	12.0	12.3	12.5	12.5	12.5	12.5	13.1
0:11	11	12.3	12.6	12.8	12.8	12.8	12.8	13.4
0:12	12	12.6	12.9	13.1	13.1	13.1	13.1	13.7
0:13	13	12.7	13.0	13.2	13.2	13.2	13.2	13.8
0:14	14	13.0	13.3	13.5	13.5	13.5	13.5	14.1
0:15	15	13.3	13.6	13.8	13.8	13.8	13.8	14.4
0:16	16	13.6	13.9	14.1	14.1	14.1	14.1	14.7
0:17	17	13.7	14.0	14.2	14.2	14.2	14.2	14.8
0:18	18	14.0	14.3	14.5	14.5	14.5	14.5	15.1
0:19	19	14.3	14.6	14.8	14.8	14.8	14.8	15.4
0:20	20	14.6	14.9	15.1	15.1	15.1	15.1	15.7
0:21	21	14.7	15.0	15.2	15.2	15.2	15.2	15.8
0:22	22	15.0	15.3	15.5	15.5	15.5	15.5	16.1
0:23	23	15.3	15.6	15.8	15.8	15.8	15.8	16.4
0:24	24	15.6	15.9	16.1	16.1	16.1	16.1	16.7
0:25	25	15.7	16.0	16.2	16.2	16.2	16.2	16.8
0:26	26	16.0	16.3	16.5	16.5	16.5	16.5	17.1
0:27	27	16.3	16.6	16.8	16.8	16.8	16.8	17.4
0:28	28	16.6	16.9	17.1	17.1	17.1	17.1	17.7
0:29	29	16.7	17.0	17.2	17.2	17.2	17.2	17.8
0:30	30	17.0	17.3	17.5	17.5	17.5	17.5	18.1

Tablas Peso/Edad para niños y niñas de 0 a 5 años de la OMS
(Organización Mundial de la salud)

ANEXO IX





**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barrezueta Chiluiza Lorena Estefanía**, con C.C: # 0929065126 autor/a del trabajo de titulación: **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 de la ciudad de Guayaquil, Octubre 2016-Febrero 2017** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética** 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, 15 de Marzo de 2017

f. _____

Nombre: **Barrezueta Chiluiza Lorena Estefanía.**

C.C:0929065126



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	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 de la ciudad de Guayaquil, Octubre 2016- Febrero 2017		
AUTOR(ES)	Lorena Estefanía Barrezueta Chiluita.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Rosa María Bulgarín Sánchez.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Nutrición Dietética y Estética.		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición Dietética y Estética.		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de Marzo de 2017	No. DE PÁGINAS:	83
ÁREAS TEMÁTICAS:	Clasificación de labio leporino y paladar hendido, nutrición en niños de 3 a 5 años, complicaciones en ingerir los alimentos.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	LABIO LEPORINO, PALADAR HENDIDO, ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO DE ALIMENTOS, DESNUTRICIÓN, ANTROPOMETRÍA.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): El labio leporino y paladar hendido son malformaciones del desarrollo de la cara que ocurren durante la gestación. Esta patología multifactorial puede darse por factores ambientales y genéticos. El objetivo principal de este trabajo es valorar el estado 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 de la ciudad de Guayaquil, entre Octubre 2016-Febrero 2017. Se realizó estudio cuantitativo, de tipo descriptivo no experimental, de diseño observacional, transversal, pretendiendo determinar el estado nutricional y hábitos alimentarios en 38 infantes. Basado en una referencia de percentiles de la OMS, se evidenció que 34% de niños tenían bajo peso; 24% desnutrición grado 1, 16% desnutrición grado 2, 24% un peso normal y 2% presentaban sobrepeso. En el presente estudio encontramos un alto porcentaje de niños con bajo peso, por lo cual se propone la elaboración de una guía nutricional con el fin de orientar y educar respecto de los alimentos que pueden ingerir, los métodos de preparación, buscando mejorar así el estado nutricional de estos infantes.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0987673158/ +593-4-723068		E-mail: lorenabarrezueta_93@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Álvarez Córdova Ludwig Roberto		
	Teléfono: +593-99-996-3278		
	E-mail: drludwigalvarez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			