



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DE NEONATOS CON FISURA
LABIO ALVEOLO PALATINA DE UN PROGRAMA UNIVERSITARIO
DE ATENCIÓN INTEGRAL, 2016 - 2021, LIMA-PERÚ**

ANTHROPOMETRIC PARAMETERS OF NEONATES WITH CLEFT LIP
AND PALATE OF A COMPREHENSIVE CARE UNIVERSITY PROGRAM,
2016 – 2021, LIMA – PERU

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ESTOMATOLOGÍA DE PACIENTES ESPECIALES

AUTOR

ANTONIO VEGA MORALES

ASESORA

MARIA DEL ROCIO LU CHANG SAY

Lima – Perú

2024

JURADO

Presidente: Mg. Esp. Lillie Elizabeth Abanto Silva
Vocal: Mg. Esp. Leonid Julio Adolfo Carrizales Poma
Secretario: Mg. Esp. Carlos Eduardo Alfaro Pacheco

Fecha de Sustentación: 17 de abril del 2024
Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESORA

Dra. Mg. Esp. Maria del Rocio Lu Chang Say

Departamento Académico de Medicina y Cirugía Bucomaxilofacial

ORCID: 0000-0003-4076-1202

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis padres, hermana, tíos y en especial a mi abuelita Santa (QEPD), quienes fueron mi motivación y colaboraron con su apoyo en la realización de este emprendimiento.

Muchas gracias

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, la Dra. María del Rocío, a mis docentes y a mi R2, la Dra. Ana Cristina López Torres, quienes forjan profesionales con un enfoque más humano y científico.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis autofinanciada

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS DE NEONATOS CON FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA DE UN PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ATENCIÓN INTEGRAL, 2016-2021, LIMA-PERÚ

ORIGINALITY REPORT

14%	12%	3%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.upch.edu.pe Internet Source	2%
2	Pablo Vásquez Carrillo, Jacqueline Castillo Rivas, Johanna Salazar Nassar, Sandra Silva De la Fuente, Gerardo Quirós Meza. "Riesgo cardiovascular global en una población adulta mayor del área rural, Cantón de Garabito, Puntarenas", Acta Médica Costarricense, 2020 Publication	1%
3	dspace.ucuenca.edu.ec Internet Source	1%
4	www.slideshare.net Internet Source	1%
5	www.diariovoces.com.pe Internet Source	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Student Paper	1%

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN:	1
II.	OBJETIVO:	5
III.	MATERIALES Y MÉTODO:	6
	ASPECTOS ÉTICOS	
IV.	RESULTADOS:	11
V.	DISCUSIÓN:	14
VI.	CONCLUSIONES:	19
VII.	RECOMENDACIONES:	20
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	21
IX.	TABLAS:	27
	ANEXOS	

RESUMEN

La fisura labio alveolo palatina (FLAP) es la malformación congénita más frecuente de la región facial, de origen multifactorial (factores genéticos y ambientales) y que requiere un manejo multidisciplinario. Existen pocas investigaciones a nivel mundial que evalúan el crecimiento y desarrollo de estos niños; por lo tanto, estos pacientes carecen de mejor atención y cuidados. **Objetivo:** Determinar los parámetros antropométricos de los neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú. **Materiales y métodos:** Estudio tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se tomó la totalidad de la población de neonatos con FLAP del programa CRECIENDO, que acudieron a la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los años del 2016 al 2021. Se recolectaron los datos de peso, talla y perímetro cefálico según el tipo de fisura y edad gestacional que figuran en las historias clínicas, para su estudio y análisis y tabularse en tablas y gráficos. **Resultados:** La población fue de 95 neonatos con FLAP, 87,4% (n=83) de los cuales nacieron a término y con mayores valores antropométricos respecto a los pretérminos. Dentro del grupo de neonatos pretérmino, los que tenían fisura labio palatina unilateral tuvieron parámetros mayores y, dentro del grupo a término, los que tenían fisura palatina, registraron menores antropometrías. **Conclusiones:** Los neonatos con FLAP nacieron con parámetros antropométricos medios y con alto porcentaje del grupo a término.

Palabras Claves: labio leporino, paladar hendido, peso, talla, neonato.

ABSTRACT

The lip alveolus palate cleft (FLAP) is the most frequent congenital malformation of the facial región, of multifactorial origin (genetic and environmental factors) and that requires multidisciplinary management. There is little research worldwide that evaluates the growth and development of these children; therefore, these patients lack better attention and care. **Objective:** To determine the anthropometric parameters of neonates with cleft lip and palate who belong to the CRECIENDO program of the Universidad Peruana Cayetano Heredia from 2016 to 2021, Lima-Peru. **Materials and methods:** Observational, descriptive, retrospective and cross sectional study. The entire population of neonates with FLAP from the CRECIENDO program who attended the Teaching Dental Clinic of the Universidad Peruana Cayetano Heredia during the years 2016 to 2021 was taken. Data on weight, height and head circumference were collected according to the type of fissure and gestational age that appear in the medical records, to be tabulated in tables and graphs. **Results :** The population was 95 neonates with FLAP, 87.4 % (n=83) were at term and with higher anthropometric values compared to preterms. Within the group of preterm infants, those with unilateral cleft lip and palate had higher parameters and within the term group, those with cleft palate, recorded smaller anthropometries. **Conclusions:** The neonates with FLAP were born with average anthropometric parameters and with a high percentage of the term group.

Keywords: Cleft lip, cleft palate, weight, body height, newborn

I. INTRODUCCIÓN:

La fisura labio alveolo palatina (FLAP), es definida como la malformación congénita de la facies que se produce por deficiencias en la unión de los tejidos involucrados en la formación del labio superior, mucosa alveolar, paladar duro y blando (1).

Con respecto a la incidencia a nivel mundial, se calcula en 1 por 700 nacidos vivos por año (2). En el Perú, Sacsquispe y Ortiz publicaron el año 2004 una investigación de prevalencia de pacientes con FLAP en el Instituto Materno Perinatal, donde encontraron la relación de 1 por mil nacidos vivos (3); es decir, esto guarda relación con los reportes de Aleman (4) y Arcaya (5) (0,96 y 1,2 por mil nacidos vivos, respectivamente). Otros estudios reportan la relación de presencia entre la fisura labial bilateral con la fisura palatina (2). Gonzales L. y Tafur D. encontraron un mayor número de casos de pacientes con fisura transforamen unilateral atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), entre los años 2015 al 2018. (6); así, pues, esto difiere del trabajo de Peña C., quien reportó como diagnóstico más frecuente a la fisura palatina, seguido de la fisura labio palatina (7).

En cuanto al desarrollo embriológico, la presencia de la fisura se podría evidenciar desde la cuarta semana de embarazo (8), cuando empieza la formación de los procesos maxilares frontales y el arco mandibular que rodea la fosa oral. Posteriormente, a la quinta semana aparecen las placodas nasales, luego se forma

el labio (semana 6) por unión de procesos maxilares y nasales medios; y para concluir, se forma el paladar (semana 7 a 9) por unión de los procesos palatinos (9). De modo que, cuando se produce alguna falla en este continuo desarrollo, hay la posibilidad de originar la FLAP (10).

Existen muchas clasificaciones de las FLAP, de las cuales la de Spina modificada por Da Silva es la utilizada por el programa “CRECIENDO” de la UPCH. Esta clasificación usa como punto de referencia al foramen incisivo, dividiéndola en Grupo I (preforamen incisivo), Grupo II (transforamen incisivo), Grupo III (postforamen incisivo) y Grupo IV (fisuras raras de la cara) (6) (37).

Se sabe que son de etiología multifactorial con factores genéticos como los genes IRF6 y MSX1 principalmente, ambientales (10) y cerca de 350 síndromes asociados (11). Otros añaden el lugar de procedencia (7), número de gestaciones (3); y algunos autores encuentran asociación entre la FLAP y una menor edad gestacional (EG), por causas aún no bien definidas (12).

Por otro lado, crecimiento y desarrollo son dos conceptos relacionados entre sí; es decir, crecimiento es el incremento de la masa corporal de un ser vivo, por un aumento en la cantidad de células (hiperplasia) o por incremento en el tamaño de las células (hipertrofia); mientras que, desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos consiguen mejorar los potenciales de funcionamiento con la maduración, diferenciación e integración de sus funciones (13). El proceso de crecimiento y desarrollo es continuo y comienza con el periodo prenatal y perinatal; además, el periodo prenatal se divide en los periodos: preembrionario, embrionario y fetal (14).

Cabe recalcar que se atribuye a la etapa embrionaria ser la más crítica, por el mayor riesgo de adoptar anomalías congénitas debido a factores ambientales, genéticos y multifactoriales (10). Continuando con el proceso de crecimiento y desarrollo, viene el nacimiento y la etapa de vida del niño, que incluye en primer lugar al neonato (abarca desde el nacimiento hasta los 28 días de edad) (15).

También es importante mencionar la clasificación del recién nacido en función de la edad gestacional (EG): Recién Nacido Pretérmino (RNP), si el neonato nace antes de las 37 semanas de gestación. Recién Nacido a Término (RNT), entre las 37 y 42 semanas; y Recién Nacido Postérmino (RNPT), después de las 42 semanas (16).

Brogardh Roth publicó un trabajo de investigación en población sueca, comparando la salud oral, trastorno de ansiedad, conducta, etc. entre una población de RNP y RNT con edades desde los 3 hasta los 14 años. Según sus resultados, los RNP tenían mayores problemas de ansiedad y miedo al tratamiento dental, peor salud gingival y múltiples lesiones cariosas (17).

Además, es importante la detección precoz de riesgos en morbilidad, alteración del estado nutricional, etc. en la población neonatal, a través de la evaluación antropométrica del peso, talla y perímetro cefálico (PC) principalmente (18). Por eso, con el fin de prevenir problemas de crecimiento, desnutrición, sobrepeso y obesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló las curvas de crecimiento de los niños hasta los 6 años de vida (19).

Las curvas de crecimiento son valores numéricos tomados de parámetros antropométricos, principalmente el peso, la talla y el PC, que se usan como referencia para evaluar el crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia. Según la OMS, el retraso del crecimiento en los niños es una limitación en su desarrollo que involucra su desempeño escolar, físico y laboral en el futuro, ya que el individuo estará más propenso a enfermedades degenerativas (20).

Algunos investigadores han centrado su interés en estudiar el crecimiento de los fisurados a muy temprana edad, porque consideran que tienen mayores dificultades en la alimentación, etc. que pueden ser condicionantes a limitar su crecimiento y desarrollo.

Por lo anteriormente mencionado, se deduce que el crecimiento es un factor muy importante en el desarrollo del ser humano; de modo que existe el interés por registrar este proceso en los pacientes neonatos con FLAP no sindrómicos.

En tal sentido, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los parámetros antropométricos de los neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima - Perú?

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los parámetros antropométricos de los neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Determinar si existe asociación entre peso, talla y perímetro cefálico con la edad gestacional de los neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

2.- Determinar si existe asociación entre peso, talla y perímetro cefálico con el sexo de los neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

3.- Determinar si existe asociación entre peso, talla y perímetro cefálico con el tipo de fisura de los neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

III. MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente trabajo es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal respecto al tiempo.

En primer lugar, se gestionaron las autorizaciones correspondientes ante el comité de ética de la UPCH con renovación el 26 de setiembre del 2023, y ante el programa CRECIENDO (15 de octubre del 2021) para poder acceder al padrón nominal de los pacientes que se atendieron en el tiempo establecido.

Con los permisos correspondientes, se accedió a la base de datos de las entidades mencionadas y con las claves respectivas, se recolectó la información en nuestra ficha de recolección de datos creada en el programa Excel 2016.

El universo de la población estuvo conformado por un total de 134 historias clínicas digitales de la Clínica Dental Docente (CDD) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y de la base de datos del programa CRECIENDO, registrados de los pacientes con diagnóstico de FLAP; y atendidos durante el periodo del 01 de abril de 2016 hasta el 31 de diciembre del 2021. La muestra estuvo conformada por las historias clínicas que cumplen el criterio de inclusión, seleccionando 95 historias clínicas (83 historias del grupo de RNT y 12 del grupo de RNP).

Entre los criterios de inclusión, se tuvo en cuenta el registro de pacientes neonatos con historias clínicas digitales completas y con diagnóstico de FLAP, evaluados en el servicio de EPE y en el programa CRECIENDO durante los años 2016 – 2021 y que cuenten con peso, talla y PC.

En los criterios de exclusión, se tomaron en cuenta las historias clínicas incompletas que no tengan el diagnóstico de FLAP y los neonatos con diagnóstico de FLAP con algún síndrome o malformaciones asociadas.

Seguidamente se codificó a cada niño con un número y respetando su anonimato, siguiendo los códigos de ética de la universidad. Se tabularon los parámetros antropométricos requeridos, luego se confrontó el peso, talla y perímetro cefálico, teniendo en cuenta la edad gestacional con la que nació. El resultado se cotejó con la cartilla de crecimiento (CRED) tanto para neonatos a término como para neonatos pretérmino y se les clasificó donde correspondían. Se utilizó las pruebas estadísticas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, según corresponda; luego se recolectó dichos datos en el programa Excel 2016, para finalmente ser procesados en el programa estadístico STATA 17.0, donde se realizó el análisis estadístico que contó con un nivel de confianza de 95 % y un $p < 0.05$.

Las variables del trabajo fueron:

Peso: Es una variable cuantitativa continua. Definida como la medición de la masa corporal de un sujeto y se mide en gramos. En los neonatos a término, se usará la tabla de percentiles de peso para la edad gestacional de recién nacidos para niños y niñas del MINSA y su valor será pequeño si se encuentra por debajo del percentil 10, adecuado si su valor está comprendido entre el percentil 10 y 90 y grande si su valor se encuentra por encima del percentil 90 (Anexo 08). En los neonatos pretérmino se usará la curva de crecimiento de Fenton para niños y niñas del

MINSAs y su valor será pequeño si se encuentra por debajo del percentil 3, adecuado si su valor está comprendido entre el percentil 3 y 97 y grande si su valor se encuentra por encima del percentil 97 (Anexo 11). Los valores asignados serán: la medida en gramos acorde a la edad gestacional según la cartilla CRED del MINSAs clasificada en: pequeño, mediano y grande.

Talla: Es una variable cuantitativa continua. Definida como la medición del tamaño del cuerpo en centímetros. Para ello, se coloca al neonato en posición supina sobre el infantómetro y se mide desde la cabeza hasta los pies. Teniendo en consideración la cartilla de crecimiento del MINSAs (Ministerio de Salud) (19) (13), el valor en neonatos varones a término será: talla baja si tiene menos de 46.1 cm, talla normal si se encuentra entre 46.1 cm y 53.7 cm y talla alta si mide por encima de 53.7 cm. En neonatos a término mujeres: talla baja si tiene menos de 45.4 cm, talla normal si mide entre 45.4 cm y 52.9 cm y talla alta si mide más de 52.9 cm (Anexo 09). En los neonatos pretérmino se usará la curva de crecimiento de Fenton para niños y niñas y su valor será talla baja si se encuentra por debajo del percentil 3, talla normal si su valor está comprendido entre el percentil 3 y 97 y talla alta si su valor se encuentra por encima del percentil 97 (Anexo 11). Los valores asignados serán: talla baja=1 (en neonatos a término), normal=2 (en neonatos a término) y alta=3 (en neonatos a término); talla baja=4 (en neonatos pretérmino), normal=5 (en neonatos pretérmino) y alta=6 (en neonatos pretérmino).

Perímetro Cefálico: Es una variable cuantitativa continua, definida como la medición indirecta de la masa cerebral para la evaluación neurológica y se mide en centímetros con la cinta métrica bordeando el occipucio y la glabella. El valor en neonatos varones a término será: microcefalia si tiene menos de 32.1 cm,

normocefalia si se encuentra entre 32.1 cm y 36.9 cm y macrocefalia si mide por encima de 36.9 cm. En neonatos a término mujeres: microcefalia si tiene menos de 31.7 cm, normocefalia si mide entre 31.7 cm y 36.1 cm y macrocefalia si mide más de 36.1 cm (Anexo 10). En los neonatos pretérmino se usará la curva de crecimiento de Fenton y su valor será microcefalia si se encuentra por debajo del percentil 3, normocefalia si su valor está comprendido entre el percentil 3 y 97 y macrocefalia si su valor se encuentra por encima del percentil 97 (Anexo 11). Los valores asignados serán: microcefalia=1 (en neonatos a término), normocefalia=2 (en neonatos a término) y macrocefalia=3 (en neonatos a término); microcefalia=4 (en neonatos pretérmino), normocefalia=5 (en neonatos pretérmino) y macrocefalia=6 (en neonatos pretérmino), teniendo en consideración la cartilla de crecimiento del MINSA (Ministerio de Salud) (18) (13).

Sexo: Es una variable cualitativa dicotómica de escala nominal, la cual se define como las características particulares biológicas de un individuo. Los valores asignados serán: sexo masculino=1 y femenino=2 (38).

Tipo de fisura: Es una variable cualitativa politómica de escala nominal. Se define como la categoría de deformidad de la patología, la cual se clasifica de acuerdo con la clasificación de Spina modificada por Da Silva. Los valores asignados serán: fisura palatina (CP)=1, fisura labial unilateral (UCL)=2, fisura labio palatina bilateral (BCLP)=3 y fisura labio palatina unilateral (UCLP)=4 (37).

Recién nacido según la Edad Gestacional: Es una variable cualitativa dicotómica de escala nominal. Mide el periodo de formación del feto y se mide en semanas. Los valores asignados serán: Recién nacido a término=1 y Recién nacido pretérmino=2 (15). La clasificación dependerá de la edad gestacional con la que

nace el neonato, siendo: pretérmino, si el niño nace antes de las 37 semanas de gestación; a término, si nace entre las 37 y 42 semanas de gestación; y postérmino, si nace posterior a las 42 semanas de gestación.

IV. RESULTADOS:

En este trabajo de investigación, se encontró que el 12,6% (n=12) fueron RNP y el 87,4% (n=83) fueron RNT; además, en el grupo de los RNP, el promedio de peso fue de 2624,75 g (DE= 507,11), mientras que en los RNT el promedio fue de 3324,51 g (DE= 486,5). La mayoría de los neonatos tuvo un peso adecuado; es decir, el 75 % (n=9) de RNP y el 84,34 % (n=70) de RNT. Por lo tanto, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el peso de los neonatos con FLAP y su edad EG ($p < 0.001$) según la prueba U. de Mann Whitney (tabla 1).

Al relacionar la EG según la talla de los neonatos con FLAP, en el grupo de RNP se encontró que el promedio de la talla fue de 46,14 cm (DE= 3,03); en los RNT, el promedio fue de 49,27 cm (DE= 2,44). La mayoría de los neonatos tuvo una talla normal: 75% (n=9) de RNP y 91,57% (n=76) de RNT; por lo tanto, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la talla de los neonatos con fisura labio alveolo palatina y su EG ($p < 0,001$) según la prueba U. de Mann Whitney (tabla 2).

Con respecto a la EG según el PC de los neonatos con FLAP, en el grupo de los RNP se encontró que el promedio del PC fue de 32,5 cm (DE= 3,81); en los RNT el promedio fue de 34,37 cm (DE= 1,52). La mayoría de los neonatos tuvo normocefalia: 83,33 % (n=10) de RNP y 86,75 % (n=72) de RNT; es decir, se

encontró diferencia estadísticamente significativa entre el PC de los neonatos con FLAP y su EG ($p < 0,001$) según la prueba U. de Mann Whitney (tabla 3).

En el grupo de los RNP según el sexo, las del sexo femenino (F) tuvieron un peso promedio de 2410,33 g (DE= 427,33) y los del sexo masculino (M) 2839,17 g (DE= 522,31); las del sexo F tuvieron una talla promedio de 44,53 cm (DE= 2,43) y los del sexo M 47,75 cm (DE= 2,84); las del sexo F tuvieron un PC promedio de 30,67 cm (DE= 1,17), mientras que en los del sexo M fue de 34,33 cm (DE= 4,74).

Por otro lado, en el grupo de los RNT según el sexo, las del sexo F tuvieron un peso promedio de 3214,29 g (DE= 390,68) y los del sexo M 3404,87 g (DE= 535,62); las del sexo F tuvieron una talla promedio de 48,58 cm (DE= 2,43) y los del sexo M 49,76 cm (DE= 2,35); las del sexo F tuvieron un PC promedio de 33,93 cm (DE= 1,31) mientras que en los del sexo M fue de 34,7 cm (DE= 1,60).

En el grupo de los RNP con FLAP, sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el sexo según el PC; en el grupo de los RNT con FLAP, se encontró diferencia estadísticamente significativa en el sexo según la talla y el PC ($p < 0,001$) según la prueba U. de Mann Whitney (tabla 4).

En el conjunto de los RNP según el tipo de fisura, los neonatos con fisura labio palatina bilateral (BCLP) tuvieron un peso promedio de 2240 g (DE= 449,52) y los neonatos con fisura labio palatina unilateral (UCLP) 2817,13 g (DE= 436,6) y con $p = 0,042$ (hubo diferencia estadísticamente significativa); los neonatos con BCLP tuvieron una talla promedio de 45,93 cm (DE= 2,78) y los neonatos con UCLP

46,25 cm (DE= 3,33) y $p=0,609$ (no se encontró diferencia estadísticamente significativa); los neonatos con BCLP tuvieron un PC promedio de 30,5 cm (DE= 1,29), mientras que los neonatos con UCLP registraron 33,5 cm (DE= 4,32) y con $p=0,105$; es decir, no hubo diferencia estadísticamente significativa.

En el grupo de los RNT según el tipo de fisura, los neonatos con fisura palatina (CP) tuvieron un peso promedio de 3132,78 g (DE= 323,68), los neonatos con fisura labial unilateral (UCL) 3446,67 g (DE= 355,01), los BCLP 3331,7 g (DE= 466,07) y los del tipo UCLP 3348,33 g (DE= 525,08) y con $p=0,427$ (no hubo diferencia estadísticamente significativa). Con respecto a la talla, los CP tuvieron un promedio de 48,72 cm (DE= 2,24), los UCL 50,33 cm (DE= 0,58), los BCLP 49,64 cm (DE= 1,87) y los UCLP midieron en promedio 49,15 cm (DE=2,73) y con $p=0,460$; por lo tanto, no hubo diferencia estadísticamente significativa. Al evaluar el PC según el tipo de fisura, los CP tuvieron un promedio de PC 33,4 cm (DE= 1,23), los UCL 35,17 cm (DE= 1,04), los BCLP 34,18 cm (DE= 1,51) y los UCLP 34,57 cm (DE= 1,55) y con $p=0,040$ que indica una diferencia estadísticamente significativa.

En los RNP, solo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el peso según el tipo de fisura ($p=0,042$), según la prueba de Kruskal Wallis; en el grupo de los RNT, se encontró diferencia estadísticamente significativa en el PC según el tipo de fisura ($p=0,040$) según la prueba de Kruskal Wallis (tabla 5).

V. DISCUSIÓN:

La OMS realizó las curvas de crecimiento promedio en niños, con la finalidad de tener un mejor control y así luchar contra el bajo crecimiento que limita el futuro y desarrollo del individuo; asimismo, recomienda que cada población pueda establecer sus propios parámetros, ya que estos dependen de factores étnicos y ambientales (33). Existen pocos trabajos de investigación relacionados con valores antropométricos en neonatos con FLAP a nivel mundial y también en el Perú, lo que limita tener pocos antecedentes de investigación en nuestra búsqueda.

Si bien Bowers et al no encontraron diferencias significativas al evaluar el peso, la talla e índice de masa corporal en niños con FLAP respecto a niños normales, hay que tener en cuenta que su estudio no se basó en neonatos sino en niños con edades de 2 a 18 años (21). En cambio, Seth (22) evaluó solo el peso de los neonatos fisurados, llegando a la misma conclusión que Bowers.

Becker investigó en niños con FLAP suecos y encontró también que no había diferencias al comparar los parámetros antropométricos entre los neonatos con FLAP que tenían solo fisura labial y el grupo control; es decir, en el resto de la población encontró que los niños con los otros tipos de fisura eran más pequeños y con bajo peso, pero la diferencia no era estadísticamente significativa (35); resultado similar halló Félix Schollaart en población holandesa, quien solo encontró una disminución en la talla de los neonatos con FLAP en comparación al grupo control (29). En nuestro estudio, en los RNT, coincidimos con Becker, Bowers y Seth; es decir, los que tuvieron solo fisura labial presentaron valores

antropométricos mayores dentro de los neonatos con FLAP y similares a los niños normales; además, estas diferencias no son significativas, excepto en el PC según el tipo de fisura.

Contrariamente, Zamora encontró al relacionar el peso al nacer de 92 neonatos con FLAP cubanos, que existía una tendencia de bajo peso al nacer en esta población (25). Resultado similar obtuvo Rintala en 1967 en población finlandesa (36) y Marques el 2009 en población brasileña (27); es decir, poblaciones diferentes por ser de razas distintas.

También es importante aclarar que nuestro estudio se relaciona con el peso, la talla y PC; por lo tanto, difiere un poco de los autores citados.

Al asociar el peso, la talla y el PC según el sexo de los neonatos, observamos que los del sexo masculino presentaron mayores medidas, información que coincide con todos los autores. Por otro lado, se halló diferencia estadísticamente significativa en el PC del grupo de RNP y diferencia estadísticamente significativa en la talla y el PC del grupo de RNT. Una de las razones de la menor diferencia significativa en el grupo de RNP podría ser el tamaño pequeño de la muestra en comparación con el del grupo de RNT.

Al evaluar el tipo de fisura con respecto a los valores antropométricos, en los RNT hallamos que los que tenían solo fisura labial presentaron medidas similares a los neonatos típicos; mientras la lesión aumentaba, los niños se registraban más

pequeños y livianos. Esto coincide con la pesquisa de Miranda et al. en niños menores de 2 años (23), con Zamora (25) y con lo expuesto por Montagnoli et al en niños de 1 mes a 2 años de edad, quien además sustenta como posible causa a las mayores dificultades en el amamantamiento de los fisurados, por presentar mayores defectos (24).

En los RNP, encontramos que los que tenían UCLP presentaron valores mayores que los neonatos con BCLP; es decir, nuestros resultados coincidieron con estudios previos que sustentan la lógica de que, a mayor defecto, menor crecimiento y, por ende, menores valores en la antropometría.

También encontramos una mayor incidencia de RNT en la población estudiada de neonatos con FLAP, respecto a los RNP; por consiguiente, coincidimos con Brogardh Roth, quien añade un aumento considerable en la población de RNT, debido a los avances en la atención médica. Esto nos obliga a conocer los problemas de salud en esta población, como son los trastornos de conducta y problemas de salud oral; por lo tanto, se necesita mejorar en el control y motivación a muy temprana edad, en esta población, que le permita conseguir un crecimiento y desarrollo sin muchas desventajas (17).

En el Perú, Ticona Rendón escribió sobre la importancia de crear una cartilla de crecimiento basado en nuestra población, ya que factores étnicos, socioeconómicos, etc. son factores condicionantes que nos van a permitir tener nuestros propios patrones de crecimiento (33). Por eso, el año 2005 desarrolló las curvas de

crecimiento según la edad gestacional, tomando una muestra de 50568 recién nacidos de 29 hospitales del Ministerio de Salud.

Es oportuno citar a Hinojosa, quien comparó las antropometrías de neonatos nacidos en dos hospitales peruanos; uno localizado en Juliaca, el otro en Puerto Maldonado. Según sus resultados, los nacidos en Puerto Maldonado presentaron mayores medidas, tanto en los RNT como en los RNP; es decir, posiblemente la altitud sea también un condicionante que limita el crecimiento de los niños (34).

Cabe recalcar que tanto Ticona como Hinojosa no tomaron en cuenta a los neonatos con FLAP en sus estudios.

Por todo lo mencionado anteriormente, es oportuno indicar como limitaciones del estudio, en primer lugar, la ausencia de este tipo de investigaciones en neonatos con FLAP a nivel nacional y pocas a nivel mundial que nos proporcionen una base sólida en nuestra pesquisa. Otra limitación fue el pequeño tamaño de la muestra que nos impide elaborar conclusiones más categóricas; no se consideró los factores de riesgo por parte de la madre como la edad, su estado de salud o medicación, lugar de procedencia, la edad del padre, etc., que pueden ser agentes directos o indirectos que influyan en los resultados.

De la misma manera, no se descartan posibles sesgos por parte del personal del programa CRECIENDO al momento de recolectar la información; también cabe la posibilidad de un mal control en el servicio de enfermería que implique mediciones

con sesgo, ya que los neonatos se controlan en diversos establecimientos de salud con diversos profesionales con criterios y habilidades diferentes para la toma de las antropometrías.

VI. CONCLUSIONES:

Mayormente, los neonatos atendidos del programa CRECIENDO de la UPCH durante el periodo 2016 al 2021 nacieron con peso adecuado, talla normal y normocefalia.

De forma específica, se obtuvo:

1. Según la EG, los neonatos con FLAP que pertenecen al programa CRECIENDO de la UPCH y que acudieron desde el año 2016 al 2021 nacieron mayormente con un peso adecuado, talla normal y normocefalia.
2. Respecto al sexo, los neonatos con FLAP del sexo masculino que pertenecen al programa CRECIENDO de la UPCH y que acudieron desde el 2016 al 2021, tuvieron valores antropométricos mayores respecto al sexo femenino tanto en el grupo a término y pretérmino. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en el PC del grupo pretérmino y en la talla y PC del grupo a término.
3. En relación al tipo de fisura, los neonatos con FLAP nacidos a término que pertenecen al programa CRECIENDO de la UPCH, que acudieron desde el 2016 al 2021 y del tipo UCL presentaron medidas antropométricas semejantes a los niños normales. Mientras la lesión se agravaba, registraban menores medidas, esta diferencia fue significativamente importante en el PC; en el grupo pretérmino, los que presentaron UCLP presentaron mayores antropometrías y con diferencias significativas respecto al peso.

VII. RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda un correcto llenado de las historias clínicas de los niños con FLAP, donde detallen datos completos de sus parámetros antropométricos al nacer. Eso facilitaría mejores trabajos de investigación en el futuro.
2. Se recomienda mayores trabajos de investigación a nivel nacional orientados a describir el crecimiento y desarrollo de los neonatos con FLAP.
3. Se recomienda elaborar curvas de crecimiento en neonatos con FLAP para tener un mejor registro y control en el crecimiento y desarrollo de estos niños.
4. Se recomienda mayores charlas informativas en salud oral a los padres de los neonatos con FLAP para prevenir infecciones que van a influir en su crecimiento y desarrollo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gobierno de Navarra. Labio leporino y fisura palatina. Guía para padres [internet]. Navarra.es; 2012. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Indices/Buscador/?q=labio%20leporino%20pdf
2. Perú. Ministerio de salud. Guía de Práctica Clínica de Fisura Labio Palatina. Lima. Resolución Directoral N° 072/2017/INSN-SB/T (2017 May 4).
3. Sacaquispe S, Ortiz L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. Rev Estomatol Herediana. 2004;14(1-2):54-58.
4. Aleman M. Incidencia de fisura labial, palatina y labiopalatina, en relación al sexo, rol de fratría y edad de la madre, en tres hospitales de Lima Metropolitana y uno del Callao durante una década (1972-1981) [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1983.
5. Arcaya A. Frecuencia de Fisuras Labiales, Palatinas y Labiopalatinas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia y en pacientes de la Clínica Estomatológica Central durante los años 1994-1999 [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
6. Gonzales L. Fisuras labio alveolo palatina prevalentes en los pacientes del programa CRECIENDO de la universidad peruana Cayetano Heredia entre los

- años 2015-2018 [Tesis de bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
7. Peña C. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con labio y/o paladar fisurado atendidos por Operación Sonrisa Perú 2006-2019 [Tesis doctoral]. España: Universidad de Salamanca; 2020.
 8. Ministerio de Salud. Guía Clínica Fisura Labiopalatina [internet] Departamento de Salud Bucal de Chile; 2015. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/guia-FisuraLabioPalatina-2015-CM.pdf>
 9. Chiego D. Principios de histología y embriología bucal con orientación clínica. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2014. 220p.
 10. Sadler S, Langman J. Embriología médica. 13.^a ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2016. 408p.
 11. Gorlin R, Cohen M, Hennekam R. Syndromes of the head and neck. 4.^a ed. New York: Oxford University Press; 2001. 1283p.
 12. Lei R, Chen H, Huang B, Chen Y, Chen P, Lee H, et al. Estudio poblacional de prevalencia de nacimientos y factores asociados con el labio leporino o el paladar hendido en Taiwán 2002-2009. Plos One. 2013;8(3):1-5.
 13. Perú. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud Para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA (2017 Julio 10).

14. Gobierno vasco. Guía del embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable [internet]. Vitoria Gasteiz.es; 2017. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/scs/gapfformacion/mod/resource/view.php?id=30633>
15. Perú. Ministerio de salud. Norma técnica de atención integral de la salud neonatal. Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA (2013 diciembre 24).
16. Rozance P, Rosenberg A. Neonato. En: Gabbe S, Niebyl J, Simpson J, Landon M, Galan H, Jauniaux E, Driscoll D, Berghella V, Grobman W, editores. Obstetricia, embarazos normales y de riesgo. 7.^a ed. España: Elsevier Health Sciences; 2019. p. 492-522.
17. Brogårdh-Roth S. The preterm child in dentistry [Tesis doctoral]. Suecia: Universidad de Malmo; 2010.
18. Cárdenas C, Haua K, Suverza A, Perichart O. Mediciones antropométricas en el neonato. Bol Med Hosp Infant Mex. 2005;62: 212-224.
19. Gobierno de la Provincia de Salta. Evaluación del crecimiento de niños y niñas [internet]. Salta.ar.; 2012. Disponible en: <http://secretariadenutricion.salta.gob.ar/index.php/profesionales/bibliografia/60-evaluacion-del-crecimiento-de-ninos-y-ninas>
20. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre retraso del crecimiento [internet]. OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/255735>

21. Bowers E, Mayro R, Whitaker L, Pasquariello P, Larossa D, Randall P. General Body Growth In Children With Clefts Of The Lip, Palate, and Craniofacial Structure. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1987; 21: 7-14.
22. Seth A, McWilliams B. Weight gain in children with cleft palate from birth to two years. *Cleft Palate Journal.* 1988; 25:146-150.
23. Miranda G, Lazarini I, Prietto de Barros S , Petean E, De Souza L. Weight, Length, and Body Mass Index Growth of Children under 2 Years of Age with Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal.* 2016; 53:264-271.
24. Montagnoli L, Barbieri M, Bettiol H, Lazarini I, de Souza L. Prejuízo no crescimento de crianças com diferentes tipos de fissura lábio-palatina nos 2 primeiros anos de idade. um estudo transversal. *J Pediatr.* 2005; 81(6):461-465.
25. Zamora C, Soriano J. Evaluación del peso al nacer en 92 niños con fisuras del labio y del paladar. *Revista Cubana de Pediatría.* 2013; 85(2):173-179.
26. Ranalli D, Mazaheri M. Height-weight growth of cleft children, birth to six years. *Cleft Palate Journal.* 1975; 12:400-404.
27. Marques I, Nackashi J, Borgo H, Martinelli A, Pegoraro-Krook M, Williams W, et al. Longitudinal Study of Growth of Children with Unilateral Cleft-Lip Palate from Birth to Two Years of Age. *Cleft Palate Craniofacial Journal.* 2009; 46(6):603-609.

28. Marques I, Nackashi J, Borgo H, Martinelli A, De Souza L, De Cássia J, et al. Longitudinal Study of Growth of Children with Unilateral Cleft Lip and Palate: 2 to 10 Years of Age. *Cleft Palate Craniofacial Journal*. 2015; 52(2):192-197.
29. Felix-Schollaart B, Hoeksma J, Prahl-Andersen B. Comparación de crecimiento entre niños con labio leporino y/o paladar hendido y controles. *Cleft Palate Craniofacial Journal*. 1992; 29(5):475-480.
30. Zarate Y, Martin L, Hopkin R, Bender P, Zhang X, Saal H. Evaluation of Growth in Patients With Isolated Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Pediatrics*. 2010; 125(3):543-549.
31. Cunningham M, Jerome J. Linear growth characteristics of children with cleft lip and palate. *The Journal of Pediatrics*. 1997; 131(5):707-711.
32. Lee J, Nunn J, Wright C. Height and weight achievement in cleft lip and palate. *Archives of Disease in Childhood*. 1997; 76:70-72.
33. Ticona M, Huanco D. Crecimiento fetal en el recién nacido peruano. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2008; 54(1):33-37.
34. Hinojosa W. Correlación de medidas antropométricas neonatales de riesgo con la edad gestacional, según Lubchenco, Hospital III Essalud-Juliaca y Hospital Santa Rosa-Puerto Maldonado, 2013 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2013.

35. Becker M, Svensson H. Birth Weight, Body Length, and Cranial Circumference in Newborns with Cleft Lip or Palate. *The Cleft Lip and Palate Craniofacial Journal*. 1998; 35(3):255-261.
36. Rintala A, Gylling U. Birth Weight of Infants with Cleft Lip and Palate: A Preliminary Report. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1. 1967; 1:109-11
37. Rodrigues R, et al. Spina Classification of cleft lip and palate: A suggestion for a complement. *ARCMED* [Internet].2018; disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.08.001>
38. Sánchez T. Sexo y género. una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [internet]. 2020; 40 (138): 87-114. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020006>.

IX. TABLAS:

Tabla 1. Peso según la edad gestacional de neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

Variables	Pretérmino		A término	
	n	%	n	%
Peso*	X= 2624.75	DE= 507.11	X= 3324.51	DE=486.5
Pequeño	0	0.00	6	7.23
Adecuado	9	75.00	70	84.34
Grande	3	25.00	7	8.43
Total	12	100.00	83	100.00

X: media

DE: Desviación estándar

*Prueba U. de Mann Whitney: $p < 0.001$

Tabla 2. Talla según la edad gestacional de neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

Variables	Pretérmino		A término	
	n	%	n	%
Talla*	X=46.14	DE=3.03	X=49.27	DE=2.44
Baja	1	8.33	6	7.23
Normal	9	75.00	76	91.57
Alta	2	16.67	1	1.20
Total	12	100.00	83	100.00

X: media

DE: Desviación estándar

*Prueba U. de Mann Whitney: $p < 0.001$

Tabla 3. Perímetro cefálico según la edad gestacional de neonatos con fisura labio alveolo palatina que pertenecen al programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

Variables	Pretérmino		A término	
	n	%	n	%
Perímetro cefálico*	X=32.5	DE=3.81	X=34.37	DE=1.52
Microcefalia	1	8.33	4	4.82
Normocefalia	10	83.33	72	86.75
Macrocefalia	1	8.33	7	8.43
Total	12	99.99	83	100.00

X: media

DE: Desviación estándar

*Prueba U. de Mann Whitney: $p < 0.001$

Tabla 4. Peso, talla y perímetro cefálico de neonatos con fisura labio alveolo palatina según el sexo del programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

Variables	Pretérmino					A término				
	Femenino		Masculino		p*	Femenino		Masculino		p*
	X	DE	X	DE		X	DE	X	DE	
Peso	2410.33	427.33	2839.17	522.31	0.240	3214.29	390.68	3404.87	535.62	0.085
Talla	44.53	2.43	47.75	2.84	0.240	48.58	2.43	49.76	2.35	0.012
Perímetro cefálico	30.67	1.17	34.33	4.74	0.041	33.93	1.31	34.7	1.60	0.018
Total	6	50.00	6	50.00		35	42.17	48	57.83	

X: media

DE: Desviación estándar

*Prueba U. de Mann Whitney

Tabla 5. Peso, talla y perímetro cefálico de neonatos con fisura labio alveolo palatina según el tipo de fisura del programa CRECIENDO de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2021, Lima-Perú.

Variables	Pretérmino								A término								p*	
	Tipo de fisura																	
	CP		UCL		BCLP		UCLP		p*	CP		UCL		BCLP		UCLP		
	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE		X	DE	X	DE	X	DE	X		DE
Peso	-	-	-	-	2240	449.52	2817.13	436.6	0.042	3132.78	323.68	3446.67	355.01	3331.7	466.07	3348.33	525.08	0.427
Talla	-	-	-	-	45.93	2.78	46.25	3.33	0.609	48.72	2.24	50.33	0.58	49.64	1.87	49.15	2.73	0.460
Perímetro cefálico	-	-	-	-	30.5	1.29	33.5	4.32	0.105	33.4	1.23	35.17	1.04	34.18	1.51	34.57	1.55	0.040
Total	0	0.00	0.00	0.00	4	33.33	8	66.67		9	10.84	3.00	3.61	20	24.10	51	61.45	

CP: Fisura palatina

UCL: Fisura labial unilateral

BCLP: Fisura labio palatina bilateral

UCLP: Fisura labio palatina unilateral

X: media

DE: Desviación estándar

*Prueba de Kruskal Wallis

ANEXOS:**ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	ESCALA	VALOR
PESO CORPORAL	Medida de la fuerza gravitacional que actúa sobre un objeto.	Medición de la masa corporal en gramos. En neonatos a término: -Pequeño: debajo del percentil 10 de la curva de crecimiento del MINSA. -Adecuado: entre el percentil 10 y 90 de la curva de crecimiento del MINSA. -Grande: por encima del percentil 90 de la curva de crecimiento del MINSA. En neonatos pretérmino:	Cuantitativa	Continua	Según la medida del peso en gramos.

		<p>-Pequeño: debajo del percentil 3 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p> <p>-Adecuado: entre el percentil 3 y 97 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p> <p>-Grande: por encima del percentil 97 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p>			
TALLA	Medición de la estatura de una persona.	<p>Medición desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza en centímetros.</p> <p>En neonatos a término:</p> <p>-Talla baja: menor a 46.1 cm en el sexo masculino; menor a 45.4 cm en el sexo femenino.</p> <p>-Talla normal: entre 46.1 cm y 53.7 cm en el sexo masculino; entre</p>	Cuantitativa	Continua	Según la medida de la talla en centímetros

		<p>45.4 cm y 52.9 cm en el sexo femenino</p> <p>-Talla alta: por encima de 53.7 cm en el sexo masculino; superior a 52.9 cm en el sexo femenino.</p> <p>En neonatos pretérmino:</p> <p>-Talla baja: por debajo del percentil 3 de la curva de Fenton para niños y niñas</p> <p>-Talla normal: entre el percentil 3 y 97 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p> <p>-Talla alta: Superior al percentil 97 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p>			
--	--	--	--	--	--

<p>PERÍMETRO CEFÁLICO</p>	<p>Indica la maduración neurológica mediante la medición indirecta del volumen cerebral.</p>	<p>Medición del cráneo que pasa por el occipucio y glabella en centímetros.</p> <p>En neonatos a término:</p> <p>-Microcefalia: menor a 32.1 cm en neonatos varones y menor a 31.7 cm en neonatas mujeres</p> <p>-Normocefalia: entre 32.1 cm y 36.9 cm en neonatos de sexo masculino. Entre 31.7 cm y 36.1 cm en neonatos del sexo femenino</p> <p>-Macrocefalia: mayor a 36.9 cm en neonatos del sexo masculino y superior a 36.1 cm en neonatos del sexo femenino.</p> <p>En neonatos pretérmino:</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Continua</p>	<p>Según la medida del perímetro cefálico en centímetros.</p>
----------------------------------	--	--	---------------------	-----------------	---

		<p>-Microcefalia: Por debajo del percentil 3 de la curva de Fenton para niños y niñas</p> <p>-Normocefalia: Entre el percentil 3 y 97 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p> <p>-Macrocefalia: Superior al percentil 97 de la curva de Fenton para niños y niñas.</p>			
SEXO	Características biológicas que definen a los seres humanos en hombres y mujeres.	Condición innata que lo clasifica en una de las dos alternativas.	Cualitativa	Dicotómica Nominal	Masculino = 1 Femenino = 2
TIPO DE FISURA	Clasificación que usa como referencia al foramen incisivo.	Según la clasificación de Spina (modificado por Da Silva).	Cualitativa	Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pre-Foramen unilateral completo 2. Pre-Foramen unilateral incompleto 3. Pre-Foramen bilateral completo 4. Pre-Foramen bilateral incompleto

					<ul style="list-style-type: none"> 5. Trans-Foramen unilateral completo 6. Trans-Foramen unilateral incompleto 7. Trans-Foramen bilateral completo 8. Trans-Foramen bilateral incompleto 9. Trans-Foramen mediana completo 10. Trans-Foramen mediana incompleto 11. Post-Foramen completo 12. Post-Foramen incompleto 13. Fisura rara de la facies
RECIÉN NACIDO SEGÚN EDAD GESTACIONAL	Medida del tiempo de formación del recién nacido.	Medición en semanas desde la concepción hasta el parto.	Cualitativa	Dicotómica nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Recién nacido pretérmino = 1 - Recién nacido a término = 2

ANEXO N° 2: TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE NEONATOS CON FLAP

CÓDIGO DEL PACIENTE	FICHA N°	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	TIPO DE FISURA	SEXO		EDAD (Días)	PESO (Kg)	TALLA (Cm)	PERÍMETRO CEFÁLICO (Cm)	RECIÉN NACIDO SEGÚN EDAD GESTACIONAL
				M	F					

ANEXO N° 3: ESQUEMA DE CLASIFICACIÓN DE FISURAS SEGÚN SPINA MODIFICADA POR DA SILVA

TIPO DE FISURA	LADO DE FISURA	GRAVEDAD
Grupo I: Preforamen Incisivo	Unilateral	Incompleto o Completo
	Bilateral	Incompleto o Completo
	Mediana	Incompleto o Completo
Grupo II: Transforamen Incisivo	Unilateral	Incompleto o Completo
	Bilateral	Incompleto o Completo
	Mediana	Incompleto o Completo

Grupo III: Postforamen Incisivo	Incompleto o Completo
Grupo IV: Fisuras raras de la cara	Fisuras desvinculadas del paladar primario y secundario

ANEXO N° 4: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-R-271-37-23

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Proyecto : **“Parámetros antropométricos de neonatos con fisura labio alveolo palatina de un programa universitario de atención integral, 2016-2019, Lima-Perú”**

Código SIDISI : **205799**

Investigador(a) principal(es) : **Vega Morales, Antonio**

Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **6 meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el **26 de setiembre del 2023** hasta el **25 de setiembre del 2024**.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 19 de setiembre del 2023.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 26 de setiembre del 2023.



Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

/cm

ANEXO N° 5: ENMIENDA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-E-266-44-23

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : **“Parámetros antropométricos de neonatos con fisura labio alveolo palatina de un programa universitario de atención integral, 2016 - 2021, Lima-Perú”**

Código SIDISI : **205799**

Investigador(a) principal(es) : **Vega Morales, Antonio**

La **enmienda/modificación** corresponde a los siguientes documentos:

1. **Protocolo de investigación**, versión 2 de fecha 03 de noviembre del 2023.

Lima, 03 de noviembre del 2023.


Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación



/or

ANEXO 6: PERMISO PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DIGITALES



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CAR-FAEST-VD-DAMCIBUM-112-2021

Lima, 14 de junio de 2021

Doctor

Antonio Vega Morales

Ex residente, Especialidad de Estomatología de

Pacientes Especiales

Facultad de Estomatología

Presente.

Estimado doctor Vega:

Es grato dirigirme a usted para comunicarle que su solicitud para realizar su trabajo de investigación, titulado: *"Parámetros antropométricos de neonatos con fisura labio alveolo palatina de un Programa Universitario de Atención Integral, 2016 – 2019. Lima – Perú"* ha sido aceptado y cuenta con el permiso para acceder a la base de datos del Servicio de Estomatología de Pacientes Especiales (EPE), para realizar su mencionado trabajo.

Mucho agradeceré coordinar con la doctora María del Rocío Lu Chang Say, docente del Departamento y asesora de su Tesis.

Agradezco su amable atención.

Atentamente,



Dr. Helard Ventura Ponce

Jefe

Departamento Académico de Medicina y

Cirugía Bucomaxilofacial

C.c.:

- Dra. Rocío Lu – Asesora de Tesis.

HVP/aa.

ANEXO N° 7: PERMISO PARA ACCEDER A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL PROGRAMA CRECIENDO



Lima 15 de octubre del 2021.

Estimado Dr. Antonio Vega:

Un gusto saludarlo y mencionarle que respecto a su solicitud sobre el acceso a las historias clínicas de los pacientes, le aclaro que los datos que usted está solicitando tal vez no estén en las historias clínicas, pero sí están en la base que utiliza nuestra nutricionista, por ello, le estoy autorizando el acceso a dicha base de datos específica.

Sin otro particular, lo felicito por su iniciativa de hacer un estudio sobre los pacientes del Programa Creciendo y deseándole muchos éxitos.

Atte,



Dra. Rocio Lu

Jefe del Programa Creciendo

ANEXO 08:

TABLA DE PERCENTILES DE PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL DE RECIÉN NACIDOS

SEMANA	NIÑOS			NIÑAS		
	PERCENTILES			PERCENTILES		
	10	50	90	10	50	90
22	326	530	736	314	496	755
23	376	609	852	354	596	889
24	433	699	982	400	651	996
25	499	800	1127	454	745	1136
26	574	913	1288	518	850	1290
27	662	1041	1466	591	969	1460
28	762	1184	1661	678	1102	1645
29	878	1343	1873	780	1252	1845
30	1007	1537	2159	902	1430	2113
31	1159	1752	2439	1041	1637	2364
32	1348	1979	2727	1219	1861	2619
33	1561	2220	2972	1436	2090	2847
34	1787	2459	3205	1668	2339	3058
35	2030	2694	3415	1918	2562	3250
36	2278	2910	3591	2169	2788	3450
37	2499	3112	3765	2410	2992	3646
38	2696	3292	3931	2587	3161	3802
39	2849	3434	4064	2730	3294	3923
40	2944	3534	4154	2817	3389	4005
41	3018	3598	4214	2873	3450	4040
42	3086	3665	4276	2936	3513	4094
43	3120	3703	4315	2967	3548	4126
44	3120	3712	4330	2966	3554	4136
45	3085	3691	4321	2866	3479	4093
46	3016	3641	4288	2771	3400	4040
47	2916	3563	4231	2650	3295	3966
48	2789	3459	4152	2650	3295	3966

FUENTE: Obstetrics & Gynecology Vol. 59(5): 624; 1982

Peso para la Edad gestacional	
Punto de corte	Clasificación
< P10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Fuente: Center for Disease Control CDC 2000.

**ANEXO 09: PATRÓN DE REFERENCIA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS
Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE LA OMS**

Talla para la Edad. Varones

Meses	-2 DE	Mediana	+2 DE
0	46,1	49,9	53,7
1	50,8	54,7	58,6
2	54,4	58,4	62,4
3	57,3	61,4	65,5
4	59,7	63,9	68,0
5	61,7	65,9	70,1
6	63,3	67,6	71,9
7	64,8	69,2	73,5
8	66,2	70,6	75,0
9	67,5	72,0	76,5
10	68,7	73,3	77,9
11	69,9	74,5	79,2
12	71,0	75,7	80,5
13	72,1	76,9	81,8
14	73,1	78,0	83,0
15	74,1	79,1	84,2
16	75,0	80,2	85,4
17	76,0	81,2	86,5
18	76,9	82,3	87,7
19	77,7	83,2	88,8
20	78,6	84,2	89,8
21	79,4	85,1	90,9
22	80,2	86,0	91,9
23	81,0	86,9	92,9
24	81,0	87,1	93,2
25	81,7	88,0	94,2
26	82,5	88,8	95,2
27	83,1	89,6	96,1
28	83,8	90,4	97,0
29	84,5	91,2	97,9
30	85,1	91,9	98,7

Meses	-2 DE	Mediana	+2 DE
31	85,7	92,7	99,6
32	86,4	93,4	100,4
33	86,9	94,1	101,2
34	87,5	94,8	102,0
35	88,1	95,4	102,7
36	88,7	96,1	103,5
37	89,2	96,7	104,2
38	89,8	97,4	105,0
39	90,3	98,0	105,7
40	90,9	98,6	106,4
41	91,4	99,2	107,1
42	91,9	99,9	107,8
43	92,4	100,4	108,5
44	93,0	101	109,1
45	93,5	101,6	109,8
46	94,0	102,2	110,4
47	94,4	102,8	111,1
48	94,9	103,3	111,7
49	95,4	103,9	112,4
50	95,9	104,4	113,0
51	96,4	105,0	113,6
52	96,9	105,6	114,2
53	97,4	106,1	114,9
54	97,8	106,7	115,5
55	98,3	107,2	116,1
56	98,8	107,8	116,7
57	99,3	108,3	117,4
58	99,7	108,9	118,0
59	100,2	109,4	118,6
60	100,7	110,0	119,2

Talla para la Edad. Mujeres

Meses	-2 DE	Mediana	+2 DE
0	45,4	49,1	52,9
1	49,8	53,7	57,6
2	53,0	57,1	61,1
3	55,6	59,8	64,0
4	57,8	62,1	66,4
5	59,6	64,0	68,5
6	61,2	65,7	70,3
7	62,7	67,3	71,9
8	64,0	68,7	73,5
9	65,3	70,1	75,0
10	66,5	71,5	76,4
11	67,7	72,8	77,8
12	68,9	74,0	79,2
13	70,0	75,2	80,5
14	71,0	76,4	81,7
15	72,0	77,5	83,0
16	73,0	78,6	84,2
17	74,0	79,7	85,4
18	74,9	80,7	86,5
19	75,8	81,7	87,6
20	76,7	82,7	88,7
21	77,5	83,7	89,8
22	78,4	84,6	90,8
23	79,2	85,5	91,9
24	79,3	85,7	92,2
25	80,0	86,6	93,1
26	80,8	87,4	94,1
27	81,5	88,3	95,0
28	82,2	89,1	96,0
29	82,9	89,9	96,9
30	83,6	90,7	97,7

Meses	-2 DE	Mediana	+2 DE
31	84,3	91,4	98,6
32	84,9	92,2	99,4
33	85,6	92,9	100,3
34	86,2	93,6	101,1
35	86,8	94,4	101,9
36	87,4	95,1	102,7
37	88	95,7	103,4
38	88,6	96,4	104,2
39	89,2	97,1	105
40	89,8	97,7	105,7
41	90,4	98,4	106,4
42	90,9	99	107,2
43	91,5	99,7	107,9
44	92	100,3	108,6
45	92,5	100,9	109,3
46	93,1	101,5	110
47	93,6	102,1	110,7
48	94,1	102,7	111,3
49	94,6	103,3	112
50	95,1	103,9	112,7
51	95,6	104,5	113,3
52	96,1	105	114
53	96,6	105,6	114,6
54	97,1	106,2	115,2
55	97,6	106,7	115,9
56	98,1	107,3	116,5
57	98,5	107,8	117,1
58	99	108,4	117,7
59	99,5	108,9	118,3
60	99,9	109,4	118,9

ANEXO 10:

PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERIMETRO CEFALICO PARA LA EDAD EN NIÑOS									
EDAD			PERCENTILES (PERIMETRO CEFALICO EN CENTIMETROS)						
SEMANAS	MESES	ANOS	3	10	25	50	75	90	97
0			32,1	32,8	33,6	34,5	35,3	36,1	36,9
1			32,9	33,6	34,3	35,2	36,0	36,7	37,5
2			33,7	34,4	35,1	35,9	36,7	37,4	38,1
3			34,3	35,0	35,7	36,5	37,3	38,0	38,7
4			34,9	35,6	36,3	37,1	37,9	38,6	39,3
5			35,4	36,1	36,8	37,6	38,4	39,1	39,8
6			35,9	36,6	37,3	38,1	38,8	39,6	40,3
7			36,3	37,0	37,7	38,5	39,3	40,0	40,7
8			36,7	37,4	38,1	38,9	39,7	40,4	41,1
9			37,0	37,7	38,4	39,2	40,0	40,7	41,4
10			37,4	38,1	38,8	39,6	40,4	41,1	41,8
11			37,7	38,4	39,1	39,9	40,7	41,4	42,1
12			38,0	38,7	39,4	40,2	41,0	41,7	42,4
13	3		38,3	39,0	39,7	40,5	41,3	42,0	42,7
	4		39,4	40,1	40,8	41,6	42,4	43,2	43,9
	5		40,3	41,0	41,7	42,6	43,4	44,1	44,8
	6		41,0	41,8	42,5	43,3	44,2	44,9	45,6
	7		41,7	42,4	43,1	44,0	44,8	45,6	46,3
	8		42,2	42,9	43,7	44,5	45,4	46,1	46,9
	9		42,6	43,4	44,2	45,0	45,8	46,6	47,4
	10		43,0	43,8	44,6	45,4	46,3	47,0	47,8
	11		43,4	44,1	44,9	45,8	46,6	47,4	48,2
	12	1	43,6	44,4	45,2	46,1	46,9	47,7	48,5
	13		43,9	44,7	45,5	46,3	47,2	48,0	48,8
	14		44,1	44,9	45,7	46,6	47,5	48,3	49,0
	15		44,3	45,1	45,9	46,8	47,7	48,5	49,3
	16		44,5	45,3	46,1	47,0	47,9	48,7	49,5
	17		44,7	45,5	46,3	47,2	48,1	48,9	49,7
	18		44,9	45,7	46,5	47,4	48,3	49,1	49,9
	19		45,0	45,8	46,6	47,5	48,4	49,2	50,0
	20		45,2	46,0	46,8	47,7	48,6	49,4	50,2
	21		45,3	46,1	46,9	47,8	48,7	49,6	50,4
	22		45,4	46,3	47,1	48,0	48,9	49,7	50,5
	23		45,6	46,4	47,2	48,1	49,0	49,9	50,7
	24	2	45,7	46,5	47,3	48,3	49,2	50,0	50,8
	25		45,8	46,6	47,5	48,4	49,3	50,1	50,9
	26		45,9	46,7	47,6	48,5	49,4	50,3	51,1
	27		46,0	46,8	47,7	48,6	49,5	50,4	51,2
	28		46,1	47,0	47,8	48,7	49,7	50,5	51,3
	29		46,2	47,1	47,9	48,8	49,8	50,6	51,4
	30		46,3	47,1	48,0	48,9	49,9	50,7	51,6
	31		46,4	47,2	48,1	49,0	50,0	50,8	51,7
	32		46,5	47,3	48,2	49,1	50,1	50,9	51,8
	33		46,6	47,4	48,3	49,2	50,2	51,0	51,9
	34		46,6	47,5	48,3	49,3	50,3	51,1	52,0
	35		46,7	47,6	48,4	49,4	50,3	51,2	52,0
	36	3	46,8	47,6	48,5	49,5	50,4	51,3	52,1
	37		46,9	47,7	48,6	49,5	50,5	51,4	52,2
	38		46,9	47,8	48,6	49,6	50,6	51,4	52,3
	39		47,0	47,8	48,7	49,7	50,6	51,5	52,4
	40		47,0	47,9	48,8	49,7	50,7	51,6	52,4
	41		47,1	48,0	48,8	49,8	50,8	51,7	52,5
	42		47,2	48,0	48,9	49,9	50,8	51,7	52,6
	43		47,2	48,1	49,0	49,9	50,9	51,8	52,7
	44		47,3	48,1	49,0	50,0	51,0	51,9	52,7
	45		47,3	48,2	49,1	50,1	51,0	51,9	52,8
	46		47,4	48,2	49,1	50,1	51,1	52,0	52,8
	47		47,4	48,3	49,2	50,2	51,1	52,0	52,9
	48	4	47,5	48,3	49,2	50,2	51,2	52,1	53,0
	49		47,5	48,4	49,3	50,3	51,2	52,1	53,0
	50		47,5	48,4	49,3	50,3	51,3	52,2	53,1
	51		47,6	48,5	49,4	50,4	51,3	52,2	53,1
	52		47,6	48,5	49,4	50,4	51,4	52,3	53,2
	53		47,7	48,6	49,5	50,4	51,4	52,3	53,2
	54		47,7	48,6	49,5	50,5	51,5	52,4	53,3
	55		47,7	48,6	49,5	50,5	51,5	52,4	53,3
	56		47,8	48,7	49,6	50,6	51,6	52,5	53,4
	57		47,8	48,7	49,6	50,6	51,6	52,5	53,4
	58		47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,6	53,5
	59		47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,6	53,5
	60	5	47,9	48,8	49,7	50,7	51,7	52,7	53,5

Fuente OMS - 2006

PERCENTILES SELECCIONADOS DE PERIMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑAS									
EDAD			PERCENTILES (PERIMETRO CEFÁLICO EN CENTIMETROS)						
SEMANAS	MESES	AÑOS	3	10	25	50	75	90	97
0			31,7	32,4	33,1	33,9	34,7	35,4	36,1
1			32,4	33,1	33,8	34,6	35,3	36,0	36,7
2			33,1	33,8	34,5	35,2	36,0	36,7	37,4
3			33,7	34,4	35,1	35,8	36,6	37,3	38,0
4			34,2	34,9	35,6	36,4	37,2	37,9	38,6
5			34,6	35,3	36,1	36,8	37,6	38,4	39,1
6			35,0	35,7	36,5	37,3	38,1	38,8	39,5
7			35,4	36,1	36,9	37,7	38,5	39,2	39,9
8			35,7	36,5	37,2	38,0	38,8	39,6	40,3
9			36,1	36,8	37,5	38,4	39,2	39,9	40,6
10			36,4	37,1	37,8	38,7	39,5	40,2	41,0
11			36,7	37,4	38,1	39,0	39,8	40,5	41,3
12			36,9	37,7	38,4	39,3	40,1	40,8	41,6
13	3		37,2	37,9	38,7	39,5	40,4	41,1	41,9
	4		38,2	39,0	39,7	40,6	41,4	42,2	43,0
	5		39,0	39,8	40,6	41,5	42,3	43,1	43,9
	6		39,7	40,5	41,3	42,2	43,1	43,9	44,6
	7		40,4	41,1	41,9	42,8	43,7	44,5	45,3
	8		40,9	41,7	42,5	43,4	44,3	45,1	45,9
	9		41,3	42,1	42,9	43,8	44,7	45,5	46,3
	10		41,7	42,5	43,3	44,2	45,1	46,0	46,8
	11		42,0	42,9	43,7	44,6	45,5	46,3	47,1
	12	1	42,3	43,2	44,0	44,9	45,8	46,6	47,5
	13		42,6	43,4	44,3	45,2	46,1	46,9	47,7
	14		42,9	43,7	44,5	45,4	46,3	47,2	48,0
	15		43,1	43,9	44,7	45,7	46,6	47,4	48,2
	16		43,3	44,1	44,9	45,9	46,8	47,6	48,5
	17		43,5	44,3	45,1	46,1	47,0	47,8	48,7
	18		43,6	44,5	45,3	46,2	47,2	48,0	48,8
	19		43,8	44,6	45,5	46,4	47,3	48,2	49,0
	20		44,0	44,8	45,6	46,6	47,5	48,4	49,2
	21		44,1	45,0	45,8	46,7	47,7	48,5	49,4
	22		44,3	45,1	46,0	46,9	47,8	48,7	49,5
	23		44,4	45,3	46,1	47,0	48,0	48,8	49,7
	24	2	44,6	45,4	46,2	47,2	48,1	49,0	49,8
	25		44,7	45,5	46,4	47,3	48,3	49,1	49,9
	26		44,8	45,7	46,5	47,5	48,4	49,2	50,1
	27		44,9	45,8	46,6	47,6	48,5	49,4	50,2
	28		45,1	45,9	46,8	47,7	48,7	49,5	50,3
	29		45,2	46,0	46,9	47,8	48,8	49,6	50,5
	30		45,3	46,1	47,0	47,9	48,9	49,7	50,6
	31		45,4	46,2	47,1	48,0	49,0	49,8	50,7
	32		45,5	46,3	47,2	48,1	49,1	49,9	50,8
	33		45,6	46,4	47,3	48,2	49,2	50,0	50,9
	34		45,7	46,5	47,4	48,3	49,3	50,1	51,0
	35		45,8	46,6	47,5	48,4	49,4	50,2	51,1
	36	3	45,9	46,7	47,6	48,5	49,5	50,3	51,2
	37		45,9	46,8	47,6	48,6	49,5	50,4	51,3
	38		46,0	46,9	47,7	48,7	49,6	50,5	51,3
	39		46,1	46,9	47,8	48,7	49,7	50,6	51,4
	40		46,2	47,0	47,9	48,8	49,8	50,6	51,5
	41		46,2	47,1	47,9	48,9	49,8	50,7	51,6
	42		46,3	47,1	48,0	49,0	49,9	50,8	51,6
	43		46,4	47,2	48,1	49,0	50,0	50,8	51,7
	44		46,4	47,3	48,1	49,1	50,1	50,9	51,8
	45		46,5	47,3	48,2	49,2	50,1	51,0	51,8
	46		46,5	47,4	48,3	49,2	50,2	51,0	51,9
	47		46,6	47,5	48,3	49,3	50,2	51,1	51,9
	48	4	46,7	47,5	48,4	49,3	50,3	51,2	52,0
	49		46,7	47,6	48,4	49,4	50,3	51,2	52,1
	50		46,8	47,6	48,5	49,4	50,4	51,3	52,1
	51		46,8	47,7	48,5	49,5	50,5	51,3	52,2
	52		46,9	47,7	48,6	49,5	50,5	51,4	52,2
	53		46,9	47,8	48,6	49,6	50,6	51,4	52,3
	54		47,0	47,8	48,7	49,6	50,6	51,5	52,3
	55		47,0	47,9	48,7	49,7	50,7	51,5	52,4
	56		47,1	47,9	48,8	49,7	50,7	51,6	52,4
	57		47,1	48,0	48,8	49,8	50,7	51,6	52,5
	58		47,2	48,0	48,9	49,8	50,8	51,7	52,5
	59		47,2	48,1	48,9	49,9	50,8	51,7	52,6
	60	5	47,2	48,1	49,0	49,9	50,9	51,7	52,6

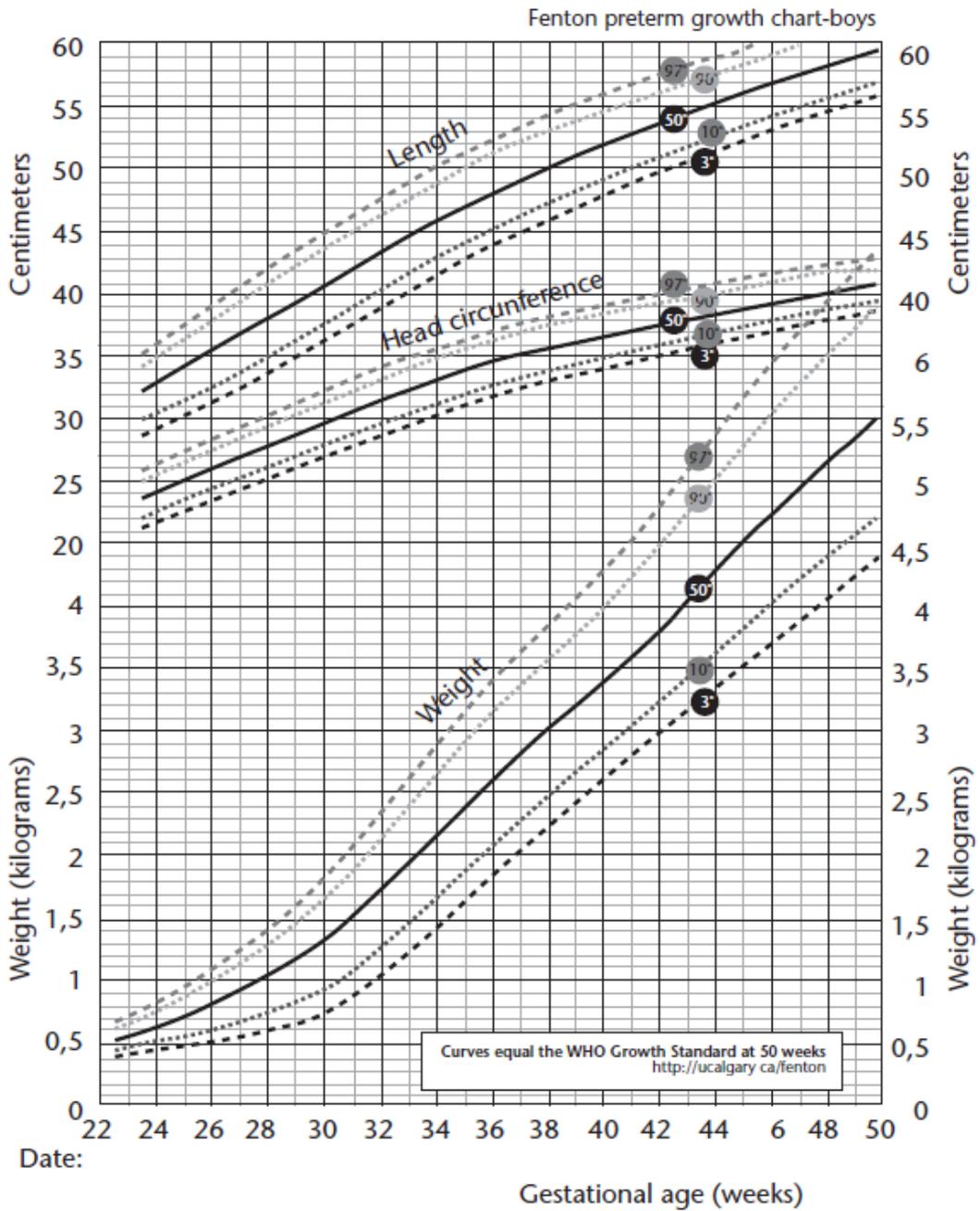
Fuente OMS - 2006

Clasificación de la niña y el niño de acuerdo al Perímetro Cefálico

Punto de corte (p)	Clasificación
< P3	Riesgo microcefalia
P3 a P97	Normal
> P97	Riesgo macrocefalia

ANEXO 11:

CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑOS



CURVAS DE CRECIMIENTO FENTON PARA PREMATUROS - NIÑAS

