

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO  
Y/O PALADAR HENDIDO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE  
INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

Tesis presentada por los bachilleres

**Paredes Cárdenas, Gonzalo Iván**

**Vilca Pineda, Juan Diego**

Para optar el Título Profesional de  
Médico Cirujano

Asesor (a):

**Dra. Sierra Bracamonte, Milagros  
del Rosario**

**Arequipa – Perú**

**2022**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 03 de Mayo del 2022

**Dictamen: 006480-C-EPMH-2022**

Visto el borrador del expediente 006480, presentado por:

**2015210281 - PAREDES CARDENAS GONZALO IVAN**  
**2015200021 - VILCA PINEDA JUAN DIEGO**

Titulado:

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA, AREQUIPA  
2018-2021**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**1706 - DE LOS RIOS ALVAREZ JUAN JOSE**  
**DICTAMINADOR**



**1948 - GUTIERREZ MORALES JAVIER HERBERT**  
**DICTAMINADOR**



**2490 - PACHECO CHAVEZ GUILLERMO**  
**DICTAMINADOR**



## DEDICATORIA

*Dedicado con todo el amor a mis padres, Juan José y Roxana por ser el muro que me sostiene en todo momento, las ganas de superarme cada día y por siempre depositar toda su confianza y amor en mi persona.*

*A mis segundos padres Arturo y Maritza, por apoyarme incondicionalmente en todo aspecto como ser humano y profesional, por estar siempre cuando los necesito y mantenerse siempre a mi lado.*

*A mi hermana Iskra por ser mi guía y salvaguarda, por ser mi compañera incondicional y protegerme siempre.*

*A mi querido Momo por haberme acompañado cada día y noche irremediablemente.*

*A mi querida clínica Paz Holandesa donde pude culminar mi internado médico 2021 y haberme dado la dicha de conocer y encontrar una familia.*

*“El médico puede curar a veces, aliviar a menudo pero debe confortar siempre”*

*Edward Livingston Trudeau*

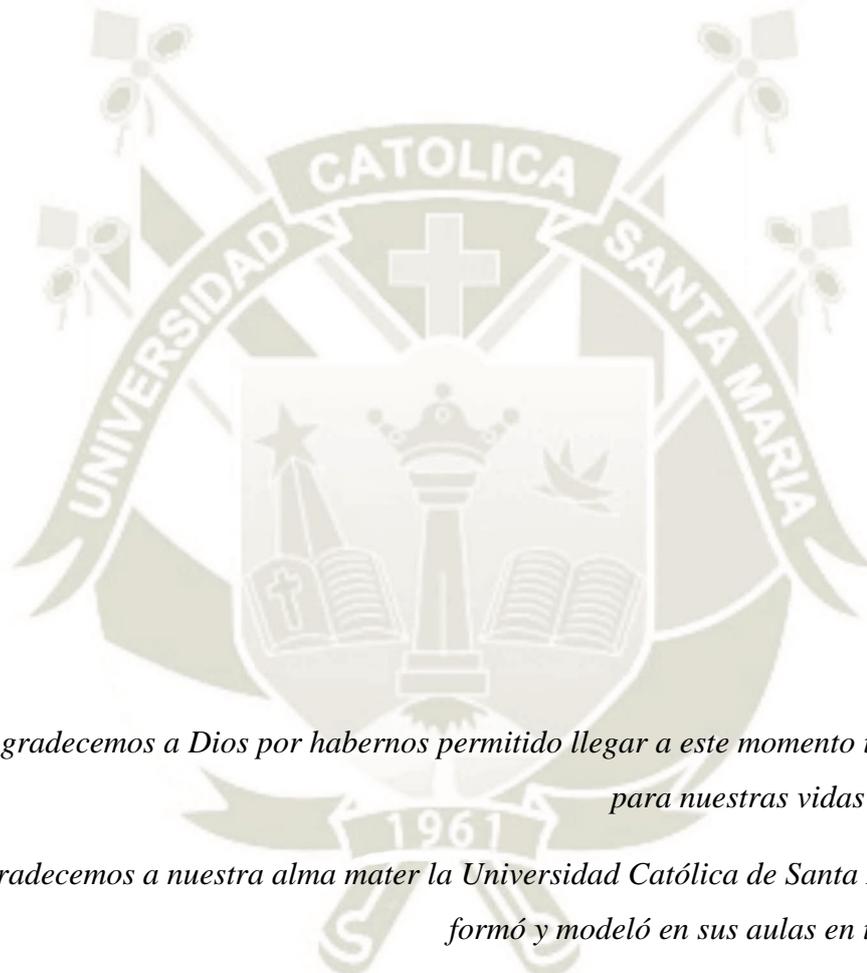
*Juan Diego Vilca Pineda*

*Dedicado mis padres Amanda y Félix por apoyarme incondicionalmente y haberme permitido llegar hasta este momento, a mi hermano José que estuvo en cada paso aconsejándome en base a su experiencia, es por ello que este trabajo va dedicado a ellos.*

*Agradecemos también infinitamente a los médicos, nuestros maestros y amigos, que nos formaron durante la carrera médica, así también guiándonos en la realización de esta tesis por invertir tiempo, sabiduría y apoyo que se nos ha transmitido en todo momento.*

*Gonzalo Ivan Paredes Cardenas*

## AGRADECIMIENTO



*Agradecemos a Dios por habernos permitido llegar a este momento tan importante para nuestras vidas profesionales.*

*Agradecemos a nuestra alma mater la Universidad Católica de Santa María que nos formó y modeló en sus aulas en todo momento.*

*Agradecemos a la Clínica Paz Holandesa que brinda atención integral de salud a la población infantil de bajos recursos económicos; con integralidad, afecto, altruismo y excelencia; por permitirnos formar parte de su familia y completar nuestros conocimientos durante el año de internado médico 2021, así también por brindarnos con la mayor disposición todas las herramientas necesarias para realizar en sus instalaciones nuestra tesis universitaria.*

*Agradecemos también a nuestros maestros y amigos, que nos formaron durante la carrera médica, así también guiándonos en la realización de esta tesis por invertir tiempo, sabiduría y apoyo que se nos ha transmitido en todo momento.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la influencia de la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021.

**Métodos:** Se revisaron las historias de niños con diagnóstico de labio leporino/paladar hendido, generando un diagnóstico nutricional que permita evaluar la influencia de su condición con el estado nutricional. Se comparan variables con prueba de independencia chi cuadrado.

**Resultados:** De los 240 infantes evaluados el 44.17% de niños tuvieron de 1 a 6 meses, un 15.83% tuvo menos de 30 días o en la misma proporción de 7 a 12 meses; un 18.33% tuvieron de 1 a 2 años, 2.92% tuvo de 2 a 3 años, y la misma proporción de 3 a menos de 4 años. El 59.17% fueron varones y 40.83% mujeres. El 75.42% de niños procedían de zona urbana, 20.83% de zona urbano marginal, y 3.33% de zona marginal. Del tipo de malformación presente en los niños; el 86.67% fue evaluado por paladar hendido aislado, y 13.33% labio leporino más paladar hendido. El paladar se afectó en forma unilateral en 42.50%, en forma bilateral en 7.08%, y en la zona media en 5.42%. El 45% de casos no se especificó el lado afectado. En el caso de los niños con afectación de labio leporino el 62.50% de ellos tuvo afectación bilateral, y en 37.50% en forma unilateral. El 16.67% tuvo peso bajo (severo en 7.08%), peso adecuado para la edad en 78.75%, y 1.25% tuvo sobrepeso. Se encontró un peso normal en 75% y sobrepeso en 25%. Con todos los datos, se obtuvo la valoración nutricional de los niños, obteniéndose que el 12.08% tuvo desnutrición crónica, 6.67% desnutrición aguda, un 77.92% fue eutrófico, y 3.3 sobrepeso. En los casos con labio leporino con paladar hendido el 6.25% tuvo desnutrición crónica, comparado con 12.98% de casos con paladar hendido aislado; en el primer grupo el 9.38% tuvo desnutrición aguda, comparado con 6.25% en casos con paladar hendido aislado. En ambos predominó el

estado eutrófico (84.38% en casos con labio leporino y paladar hendido; 76.92% en casos con paladar hendido aislado). Las diferencias no fueron significativas ( $p > 0.05$ ).

**Conclusiones:** El labio leporino y/o paladar hendido no influye de manera significativa en el estado nutricional de los infantes, sin embargo la población infantil atendida tiene características epidemiológicas características.

**PALABRAS CLAVE:** Labio leporino, paladar hendido, nutrición, estado nutricional, infantes.



## ABSTRACT

**Objective:** To establish the influence of the presentation of cleft lip and/or palate on the nutritional status of infants evaluated at the Paz Holandesa clinic, Arequipa 2018-2021.

**Methods:** The records of children diagnosed with cleft lip/palate were reviewed, generating a nutritional diagnosis that allows evaluating the influence of their condition with nutritional status. Variables are compared with a chi square test of independence.

**Results:** Of the 240 infants evaluated, 44.17% of children were 1 to 6 months old, 15.83% were less than 30 days old or in the same proportion from 7 to 12 months; 18.33% had from 1 to 2 years, 2.92% had from 2 to 3 years, and the same proportion from 3 to less than 4 years. 59.17% were men and 40.83% women. 75.42% of children came from urban areas, 20.83% from marginal urban areas, and 3.33% from urban areas. Of the type of malformation present in children; 86.67% were evaluated for isolated cleft palate, and 13.33% cleft lip plus palate. The palate was affected unilaterally in 42.50%, bilaterally in 7.08%, and in the middle area in 5.42%. In 45% of cases, the affected side was not specified. In the case of children with cleft lip involvement, 62.50% of them had bilateral involvement and 37.50% unilaterally. 16.67% were underweight (severe in 7.08%), adequate weight for age in 78.75%, and 1.25% were overweight. A normal weight was found in 75% and overweight in 25%. With all the data, the nutritional assessment of the children was obtained, obtaining that 12.08% had chronic malnutrition, 6.67% acute malnutrition, 77.92% were eutrophic, and 3.3% overweight. In cases with cleft lip and palate, 6.25% had chronic malnutrition, compared to 12.98% of cases with isolated cleft palate; in the first group, 9.38% had acute malnutrition, compared to 6.25% in cases with isolated cleft palate. In both, the eutrophic state prevailed (84.38% in cases with cleft lip and palate; 76.92% in cases with isolated cleft palate). The differences were not significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** Cleft lip and/or palate does not significantly influence the nutritional status of infants, however the child population served has characteristic epidemiological characteristics.

**KEY WORDS:** Cleft lip, cleft palate, nutrition, nutritional status, infants.



## INTRODUCCIÓN

El desarrollo facial y paladar de los mamíferos son eventos complejos que se alteran frecuentemente en nuestra especie, pudiendo dar como resultado labio leporino, paladar hendido o una mezcla entre estos, esta condición genera un interés bajo con respecto a otras patologías de atención emergente en nuestra población, pero es evidente que estas malformaciones generan secuelas a corto, mediano y largo plazo devastadoras tanto para la integridad propia del paciente y su desarrollo posterior en la sociedad, en su familia tanto como en la sociedad misma, ya que se priva de un actor con desenvolvimiento pleno en pro de su sociedad y además se generan sobregastos en el tratamiento de estos pacientes.

En nuestra experiencia los efectos negativos tanto directos e indirectos de estas malformaciones inician muchas veces con la dificultad de llevar una buena nutrición, entonces las consecuencias se presentan precozmente y alteran en muchas ocasiones el desarrollo neurológico fundamental en los primeros años de vida generando retraso en alcanzar hitos básicos de desarrollo motor, social y del lenguaje esenciales para un desenvolvimiento adecuado en la vida adulta.

Por esto buscamos generar mayor conocimiento, en cuanto al estado nutricional con el que acuden los pacientes afectados, para con ello provocar consciencia, y subsiguiente a esta mayor planificación para el cribado precoz, seguimiento y establecimiento de una línea de facilidad en atención, para pacientes y sus familias que estén afectados por estas patologías y sus ruinosas complicaciones en nuestra población pediátrica.

Los resultados de la investigación servirán para conocer si padecer la condición de labio leporino y/o paladar hendido influye de manera significativa en el estado nutricional de los infantes, además de conocer la frecuencia de este padecimiento en infantes que se atienden en un lugar con gran casuística convirtiéndose en un lugar de referencia del sur del país, conocer las características epidemiológicas de estos como la edad, sexo y lugar de procedencia y así poder generar mayor consciencia en la

población, personal de salud y demás instituciones implicadas para elevar la calidad de atención, sobre todo en la promoción y prevención de la salud.

## ÍNDICE

<b><u>RESUMEN</u></b> .....	v
<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	vii
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	ix
<b><u>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO</u></b> .....	1
<b><u>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u></b> .....	2
<b><u>1.1. Enunciado del Problema</u></b> .....	2
<b><u>1.2. Descripción del Problema</u></b> .....	2
<b><u>1.3. Justificación del problema</u></b> .....	4
<b><u>2. OBJETIVOS</u></b> .....	6
<b><u>2.1. General</u></b> .....	6
<b><u>2.2. Específicos</u></b> .....	6
<b><u>3. MARCO TEÓRICO</u></b> .....	7
<b><u>3.1. Labio leporino y paladar hendido</u></b> .....	7
<b><u>3.1.1. Epidemiología</u></b> .....	7
<b><u>3.1.2. Desarrollo embrionario de los labios y el paladar</u></b> .....	7
<b><u>3.1.3. Etiología</u></b> .....	8
<b><u>3.1.4. Clasificación</u></b> .....	10
<b><u>3.1.5. Manifestaciones clínicas</u></b> .....	11
<b><u>3.1.6. Fisiología de la deglución</u></b> .....	12

<b><u>3.1.7. Diagnóstico</u></b> .....	15
<b><u>3.2. Grupos de edad</u></b> .....	16
<b><u>3.3. Desnutrición aguda y crónica</u></b> .....	17
<b><u>3.3.1. Subtipos clínicos</u></b> .....	19
<b><u>3.3.2. Fisiopatología</u></b> .....	21
<b><u>3.3.3. Patogenia</u></b> .....	24
<b><u>3.3.4. Evaluación clínica</u></b> .....	25
<b><u>3.4. Revisión de antecedentes investigativos</u></b> .....	29
<b><u>4. HIPÓTESIS.</u></b> .....	30
<b><u>CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</u></b> .....	31
<b><u>1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN</u></b> .....	32
<b><u>1.1. Técnicas:</u></b> .....	32
<b><u>1.2. Instrumentos:</u></b> .....	32
<b><u>1.3. Materiales de verificación:</u></b> .....	32
<b><u>2. CAMPO DE VERIFICACIÓN</u></b> .....	32
<b><u>2.1. Ámbito</u></b> .....	32
<b><u>2.2. Unidades de estudio:</u></b> .....	32
<b><u>2.3. Temporalidad:</u></b> .....	33
<b><u>2.4. Ubicación espacial:</u></b> .....	33
<b><u>2.5. Tipo de investigación:</u></b> .....	33
<b><u>2.6. Nivel de investigación:</u></b> .....	33
<b><u>2.7. Diseño de investigación:</u></b> .....	33
<b><u>3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u></b> .....	33

<b><u>3.1. Organización</u></b> .....	33
<b><u>3.2. Recursos</u></b> .....	34
<b><u>3.3. Validación de los instrumentos</u></b> .....	34
<b><u>3.4. Aspectos éticos</u></b> .....	34
<b><u>3.5. Criterios para manejo de resultados</u></b> .....	34
<b><u>CAPÍTULO III RESULTADOS</u></b> .....	36
<b><u>PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS</u></b> .....	37
<b><u>DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</u></b> .....	49
<b><u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u></b> .....	51
<b><u>REFERENCIAS</u></b> .....	55
<b><u>ANEXOS</u></b> .....	62
<u>Anexo 1: Ficha de recolección de datos</u> .....	64
<u>Anexo 2: Matriz de sistematización de información</u> .....	66



# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cómo influye la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021?

### 1.2. Descripción del Problema

#### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Pediatría
- Línea: Nutrición

#### b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
<b>Variable independiente</b>			
Tipo de malformación	Clasificación LAHSAL (2005)	Labio leporino Paladar hendido Labio leporino y paladar hendido (unilateral, bilateral)	Ordinal
<b>Variable dependiente</b>			
Estado nutricional	Índice de masa corporal	Desnutrido Riesgo de desnutrición Eutrófico Sobrepeso Obeso	Ordinal
<b>Variables intervinientes</b>			
Características	Edad	Meses / años	De razón

epidemiológicas	Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Lugar de procedencia	Urbana, semirrural, rural	Nominal
Edad gestacional	Historia clínica	Recién nacido de 24 hasta menos de 37 semanas Recién nacido de 37 a 42 semanas Recién nacido mayor a 42 semanas	Continua
Alteraciones de succión/deglución.	Datos clínicos	Malestar durante la alimentación Episodios de broncoaspiración Infecciones respiratorias a repetición. Infecciones óticas a repetición Tos crónica. Babeo excesivo. Voz nasal	Nominal

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia de labio leporino y/o paladar hendido en infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa en el periodo 2018-2021?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los infantes con labio

leporino y/o paladar hendido evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021?

3. ¿Cómo es el estado nutricional de los infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021, medido a través del índice de masa corporal?
4. ¿Cómo influye la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes que acudieron a la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021?

### 1.3. Justificación del problema

El presente estudio está dirigido a establecer el estado nutricional en infantes afectados por labio leporino y/o paladar hendido que fueron evaluados en la clínica Paz Holandesa; no se ha realizado antes algún estudio similar en nuestro medio, y por ello se desconoce las características de este tipo de pacientes, por lo que el presente estudio se puede usar como un inicio para posteriores investigaciones, a la vez que en la Clínica Paz Holandesa la casuística de estos pacientes es sumamente considerable en comparación con otros lugares, lo que hace a nuestro estudio **original**.

El estudio tiene **relevancia científica**, ya que según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el 2020, el 12,1% de la población menor de 5 años estará crónicamente desnutrida según el programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo más afectada el área rural, que es de donde viene la mayoría de pacientes, con 24,7% en comparación del 7,2% de afectación urbana; además que el 40,0% de la población de 6 a 35 meses de edad tuvo anemia en el año 2020 y solamente el 9,5% de la población con edad menor a 3 años tiene acceso a medidas de control del crecimiento y desarrollo, siendo así entonces la desnutrición y la anemia una problemática latente en nuestro medio, se puede ver incrementada en trastornos congénitos como el labio leporino y/o paladar hendido, que dificultan una correcta alimentación, siendo necesaria una visión particular de esta población.

Además tiene **relevancia práctica** porque se podrá determinar si la afección propia de estos pacientes influye en su estado nutricional para generar así un programa de atención especial para evitar alteraciones nutricionales.

Tiene **relevancia social**, debido a que la desnutrición y la anemia es aún una problemática que ocupa un escaño en cualquier agenda política para el desarrollo, además siendo la salud y el bienestar, el hambre cero y la reducción de las desigualdades uno de los 17 objetivos del Desarrollo Sostenible de la OMS. Recordar además que el “Artículo N° 10 de nuestra constitución indica que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona al acceso a una alimentación suficiente y a no padecer hambre” y que todos los infantes sin importar su condición tienen derecho a la salud, a una alimentación equilibrada y a salvaguardar su integridad física.

El estudio es **contemporáneo** ya que los trastornos alimenticios y anémicos siguen siendo discutibles y se relaciona entre las primordiales causas de morbilidad y mortalidad en niños, asociado con las enfermedades perinatales, las enfermedades que afectan el tracto respiratorio, las diarreas y las malformaciones congénitas.

El estudio es **factible** de realizar porque se trata de un diseño retrospectivo en el que se utilizara la historia clínica individualizada de cada paciente en un establecimiento de salud con gran casuística.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la medicina que sirva como hito de inicio para futuras investigaciones y asimismo favorecer al progreso de nuestra región y el bienestar de nuestra población infantil, alcanzaremos una significativa **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. General

Establecer la influencia de la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021.

### 2.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de labio leporino y/o paladar hendido en infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa en el periodo 2018-2021.
- 2) Describir las características epidemiológicas de los infantes con labio leporino y/o paladar hendido evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021.
- 3) Conocer el estado nutricional de los infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021, medido a través del índice de masa corporal.
- 4) Establecer la influencia de la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Labio leporino y paladar hendido

##### 3.1.1. Epidemiología

“La fisura labiopalatina es la malformación congénita orofacial más común, teniendo una incidencia aproximada a nivel nacional de uno de cada mil nacimientos por año”<sup>1</sup>.

Un estudio mostró que “en 30 734 nacimientos hubieron 70 casos de fisura de labio y/o paladar, de ellos 63 nacieron vivos, lo que arroja una prevalencia total de 2,05 por cada 1 000 N. V. De estos, 10 presentaron fisura palatina aislada (0,33/1000 recién nacidos con vida.), tres medial (0,098/1000 nacidos vivos.) y 50 labial con o sin fisura palatina asociada (1,63/1000 nacidos vivos)”<sup>2</sup>.

Según el mismo estudio las fisuras más comunes son “labiopalatinas completas con 59%, en varones y sin diagnóstico prenatal (65,6%). Las malformaciones asociadas más comunes fueron las faciales (44.2%), de ellas 15 (24.6%) correspondieron al oído externo, seguidas de las malformaciones cardíacas (29.6%) Asimismo, 44 (75.9%) tuvieron cariotipo sin alteraciones; 4 (6.9%) presentaron trisomía 13; 3 (5.2%) trisomía 18; 2 (3.4%) trisomía 21 y en otros 5 casos se observaron otras alteraciones cariotípicas diferentes. En cuanto a las fisuras aisladas la del labio derecho fue la más frecuente con 27%”<sup>2</sup>.

##### 3.1.2. Desarrollo embrionario de los labios y el paladar

El patrón celular, la migración, la proliferación y la diferenciación juegan un papel en el desarrollo del cráneo y la cara. La migración celular desde la cresta neural embrionaria produce un enorme segmento de tejido facial, que está controlado por genes reguladores, estructurales y de posición.

- Labio leporino: Los procesos mesodérmicos nasolateral, nasomedial y maxilar se fusionan 35 días después de la concepción, lo que resulta en una fusión completa del

labio. Un labio leporino unilateral (más común), bilateral (menos común) o medial (raro) puede ocurrir por falla en cualquiera de los tres sitios de fusión normales.

Se considera labio leporino incompleto cuando solo se ve afectado el labio superior y completo cuando el defecto se extiende hasta la nariz.

●Paladar hendido: Se genera “al no darse la fusión de la línea media de los pilares palatinos. La ausencia de fusión del paladar puede deberse a irregularidades en la muerte celular programada. El paladar hendido puede acontecer con labio leporino o solo; esto último es posible porque el cierre palatino no se genera por completo hasta 56 a 58 días postconcepción, muy después del cierre del labio, y porque la etiología puede cambiar”<sup>3</sup>.

### 3.1.3. Etiología

La mayoría de las hendiduras orales no son acompañadas de síndromes. no obstante, los síndromes simbolizan “aproximadamente el 30% de los casos de labio leporino y paladar hendido y el 50 % de los casos de paladar hendido”<sup>3</sup>.

Casos no sindrómicos - Las hendiduras no sindrómicas son eventos complejos entre genes y además con el medio ambiente.

Factores genéticos: Los genes involucrados en la modulación del patrón celular, la proliferación, la comunicación extracelular y la diferenciación están involucrados en la formación del tercio medio de la cara. Las variantes genéticas en cualquiera de estos acontecimientos de desarrollo decisivos para la formación del tercio medio de la cara se han visto relacionadas con el desarrollo de hendiduras<sup>4,5</sup>. Se han hallado variantes en genes relacionados con hendiduras sindrómicas en alrededor del 10 % de población afectada con hendiduras orales supuestamente no sindrómicas, lo que explica una superposición genética tanto entre etiologías no sindrómicas y sindrómicas<sup>6</sup>.

Factores ambientales: Aunque estudios en animales han relacionado la exposición uterina a varios medicamentos y otros agentes del ambiente con la hendidura palatina, la relación en humanos es menos clara. Aunque es probable que la exposición al teratógeno aporte a esta hendidura en un feto genéticamente en riesgo.

●Medicamentos: algunos medicamentos, se clasifican como perjudiciales o teratógenos más en específico para el desarrollo facial medio.

Medicamentos anticonvulsivos, “como la fenitoína, el valproato de sodio y el topiramato”<sup>7,8</sup>, y el metotrexate, que es antagonista del ácido fólico, son medicamentos relacionados con defectos orales. Aunque el riesgo relativo de una anomalía oral incrementa, el riesgo absoluto postexposición al medicamento continua siendo mínimo.

El ondansetrón que a veces “es usado en el tratamiento de las náuseas y los vómitos en la gravidez evidencia un posible incremento de defectos orales en el primer trimestre (diferencia de riesgo 2,7 por 10.000 nacimientos, IC del 95%: 0,2-5,2)”<sup>9</sup>.

●Tabaquismo La teratogénesis se ha adjudicado a la hipoxia, y al cadmio que es uno de los principales componentes del tabaco.

Un estudio internacional además concluyo “una relación entre la exposición pasiva al humo del tabaco y las defectos de hendiduras orales (OR 1,14; IC del 95%: 1,02-1,27)”<sup>10</sup>.

●Deficiencia de folato: el rol de la vitamina b9 en la génesis de las hendiduras oro faciales es discutible. En un metanálisis “el uso materno de suplementos de ácido en cualquier momento tres meses antes del embarazo hasta el final de este y / o la ingesta dietética se relacionó con una reducción de labio leporino y paladar hendido (OR 0,60; IC del 95%: 0,49 a 0,73)”<sup>11</sup>.

Muchos tratamientos para imposibilitar son antagonistas del ácido fólico, lo que sugiere una relación entre estos medicamentos y una mayor incidencia de labio leporino y paladar hendido.

●Obesidad materna: La obesidad en las madres se ha vinculado con un aumento pequeño pero estadísticamente significativo en una variedad de anomalías congénitas, incluidas las malformaciones orales<sup>12</sup>.

Casos sindrómicos : los casos sindrómicos “representan el 30 % aproximadamente de todos los casos de labio leporino y paladar hendido y el 50% de los casos de paladar hendido”<sup>3</sup>.

Aunque la hendidura oral se ha percibido en más de 100 síndromes, en algunas se ha presentado con mayor frecuencia y con presentaciones cambiantes.

● Síndrome de Van der Woude: según definición “es un síndrome autosómico dominante y el modo más frecuente de hendidura sindrómica, representando del 1 al 2 % de casos. Fenotípicamente puede variar desde depresiones del labio inferior que frecuentemente se relacionan con labio leporino y paladar hendido o paladar hendido solo”<sup>13</sup>.

● Síndrome de Treacher Collins: Según definición “es un síndrome autosómico dominante con rasgos faciales particulares que engloban fisuras en párpados, micrognatia, orejas displásicas y sordera neurosensorial. El desarrollo cerebral es adecuado. El gen mutado más frecuentemente en este síndrome es el TCOF1”<sup>14</sup>.

#### 3.1.4. Clasificación

El labio leporino y el paladar hendido se pueden clasificar según diferentes criterios, como son el compromiso parcial o total del espesor del labio o del compromiso del paladar primario o secundario, o la afectación de un lado, ambos, o de defectos del cierre en la línea media.

Según definición “para comprender las siguientes clasificaciones es necesario definir que el paladar primario o anterior está constituido por la premaxila, el septum nasal anterior, el labio y paladar duro que se localiza por delante del agujero incisivo. A su vez el paladar secundario o posterior está por detrás del foramen incisivo y va hasta la úvula”<sup>46</sup>.

**a) Labio leporino:** Según definición bibliográfica estas se dividen en:

“Según donde esté situada la fisura: unilateral, bilateral y central. Según el grado de severidad (completo o incompleto): Labio hendido incompleto: la fisura no llega al suelo nasal. Labio hendido completo: la fisura afecta también al suelo nasal. Asimismo, un labio leporino total o parcial puede o no estar relacionado con un paladar hendido o una encía anómala. Existe una conexión completa entre la boca y la nariz en estas circunstancias”<sup>17</sup>.

**b) Anomalías del paladar:** Según el mismo articulado anterior revisado “Se clasifican en:

Tipo I Hendidura del paladar blando

Tipo II Hendidura de paladar blando y duro que compromete sólo el paladar secundario

Tipo III Hendidura completa unilateral desde la úvula pasando por el agujero incisivo y llegando hasta uno de los lados de la premaxila

Tipo IV Hendidura completa bilateral desde la úvula pasando por el foramen incisivo y llegando hasta ambos lados de la premaxila”<sup>17</sup>.

### 3.1.5. Manifestaciones clínicas

Según definición bibliográfica “Se suele observar la separación en el labio o en el paladar de inmediato al momento del nacimiento. El labio leporino se observa en el labio a veces como solo una pequeña hendidura o puede extenderse desde el labio a través de la encía superior y del paladar hasta la parte inferior de la nariz. En ocasiones, con el paladar hendido aislado, no se afecta la apariencia del rostro”<sup>47</sup>.

Según los mismo autores “con menor frecuencia, una hendidura solo se produce en los músculos del paladar blando (fisura submucosa de paladar), que se encuentran en la parte posterior de la boca y que están revestidos por membrana mucosa. Este tipo de hendidura suele pasar desapercibida en el nacimiento y es posible que no se diagnostique hasta más adelante cuando los signos se manifiestan”<sup>47</sup>.

Entre los signos y síntomas más frecuentes además de la fisura labial, se pueden incluir los siguientes<sup>13</sup>.

- Conflicto con la ingesta de alimentos.
- Puede haber dificultad para pasar, líquidos o sólidos que pasan por la nariz, la laringe o que salgan por la boca como hipersalivación debido a las dificultades para tragar saliva.
- Voz nasal al hablar

- Infecciones crónicas de los oídos
- Infecciones crónicas de las vías respiratorias con tos crónica.

### 3.1.6. Fisiología de la deglución

Coordinación de succión, deglución y respiración:

La etapa inicial es oral: la labor combinada de los músculos de la lengua permite de manera sincrónica comprimir el pezón o tetina en contra de la encía superior, crear un vacío en la cavidad de la boca y realizar ondas de contracciones que envían la leche hacia la faringe. La cavidad de la boca se cierra en su parte anterior por una contracción de los labios y posteriormente por la unión entre la base lingual con el borde libre del velo palatino y sus pilares anteriores. El paso de la confluencia aero-digestiva establece la segunda etapa (faríngea).

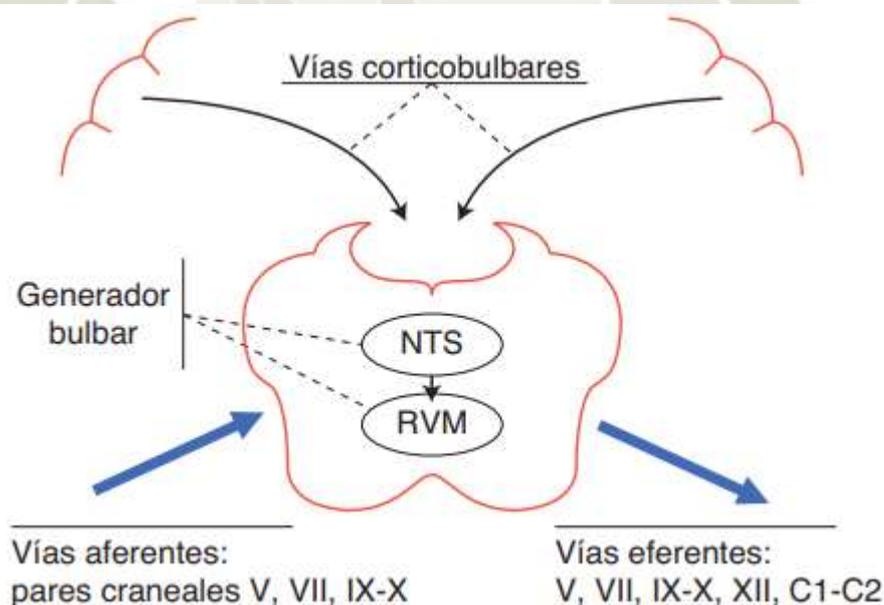


Figura 1: Esquema del centro bulbar generador del automatismo de la succión deglución. NTS: Núcleo del tracto solitario; RVM: porción ventro medial de la formación reticular.

Según un estudio “El velo se levanta, la base de la lengua proyecta la leche hacia la hipo faringe y el esfínter esofágico superior se relaja. De forma simultánea, las vías respiratorias se protegen de varias formas: la elevación del velo cierra las cavidades nasales, la laringe se desplaza hacia arriba y hacia delante, la glotis se cierra, el orificio laríngeo se recubre con la epiglotis y la base de la lengua, mientras que la leche se dirige lateralmente por los surcos faringolaríngeos. La respiración se reanuda cuando el bolo penetra en el esófago. A estas dos primeras etapas, que están muy imbricadas y que constituyen la deglución bucofaríngea, les sucede la tercera, que es puramente esofágica y que está fuera de cualquier control voluntario. Consta de la abertura del esfínter esofágico superior, la propagación de ondas peristálticas a lo largo del cuerpo del esófago y la relajación del esfínter esofágico inferior, que permite el paso del alimento por el cardias. La deglución y la respiración se suceden en un orden que evita la aspiración del alimento. La deglución se realiza entre el final de la inspiración y el inicio de la espiración. La apnea coincide con la elevación del velo, antes incluso del cierre de la glotis; dura 450- 600 ms. De este modo, el recién nacido se alimenta sin interrumpir su respiración, cuya frecuencia depende del ritmo de succión y recupera su valor previo al terminar la toma. Al principio de la toma, la respiración puede interrumpirse durante las primeras succiones, cuyo ritmo es rápido (superior a 1,4 por segundo), realizando una succión-deglución apneica que puede repercutir sobre las concentraciones sanguíneas de gases”<sup>48</sup>.

Además según el mismo estudio “La succión-deglución no es un simple reflejo, sino un proceso sensitivo-motor complicado, sistematizado y adaptativo. En el acto de succión y deglución y sus regulaciones median diferentes estructuras nerviosas (Figura 1). El centro bulbar creador del automatismo de

succión y deglución es una formación paramedial que comprende el núcleo del fascículo solitario y la formación reticular ventromedial. Este creador recibe aferencias sensitivas linguales, la cavidad de la boca, faringe y laringe, que discurren por las vías de pares craneales V, VII, IX y X. Las vías cortico bulbares bilaterales procedentes de las zonas motoras operculares ubicadas al pie de la circunvolución frontal ascendente practican un control supra bulbar, de manera que el automatismo motor se desencadena y se mantiene por el generador del bulbo y está influido también por aferencias periféricas excitatorias e inhibitorias, así como por las órdenes voluntarias corticales. El complejo de deglución se transmite por vías motoras de los pares craneales V, VII, IX, X y XII, así también como por las primeras 2 raíces cervicales, que contribuyen un contingente de fibras al asa cervical. Cada una de las etapas puede liberarse o privarse con independencia de la previa o de la siguiente: succión no alimentaria, reflejo de la faringe deglucional, peristaltismo esofágico. En el hecho de succión deglución y su coordinación con la acción respiratoria, el generador del bulbo comanda la puesta en marcha y la formación motora de cada etapa, así como la coherencia de las 3 etapas entre sí para asegurar el envío del bolo alimenticio desde la cavidad de la boca al esfínter del esofago inferior. En los neonatos, la etapa oral es in-disociable del reflejo de succión. En contacto con el pezón o tetina, se liberan las contracciones rítmicas de linguales y los labios se cierran<sup>48</sup>.

Cuando el recién nacido puede alimentarse sin trabarse, sin apneas, bradicardias o cambios de saturación, y con uno o dos episodios de succión y deglución por respiración, se considera que tiene una coordinación normal. Se puede observar una secuencia de succión y deglución "apneica" en los recién nacidos prematuros, alternando con episodios de respiración sin succión. La irrupción de leche en la zona laríngea durante la aspiración bronquial provoca un reflejo de cierre brusco de la glotis, lo que explica algunas apneas que se producen durante la succión e inducen hipoxia.

Según este estudio “El reflejo de la tos eventualmente reemplaza a la apnea, aunque está ausente en el 50% de los recién nacidos a término y en el 75% de los prematuros en las primeras semanas de vida. La automatización de la succión y la deglución no cambia después del parto y continúa mientras el bebé continúe nutriéndose por lactancia materna o biberón”<sup>48</sup>.

### 3.1.7. Diagnóstico

Evaluación y hallazgos ecográficos: el labio leporino y paladar hendido no es diagnosticable de manera fiable hasta que los tejidos blandos faciales puedan visualizarse de manera clara por ultrasonografía, que es entre las 13 y 14 semanas de gestación mediante ultrasonografía transabdominal y algo antes mediante ultrasonografía transvaginal.

La evaluación del labio superior es un componente del examen obstétrico estándar. En el segundo trimestre, el labio y el paladar fetales se visualizan mejor usando imágenes de ultrasonido fetal en los planos coronal y axial. El labio leporino unilateral o bilateral se diagnostica cuando se percibe discontinuidad en los tejidos blandos del labio superior de forma unilateral o bilateral, respectivamente. La hendidura se define como completa cuando divide por completo el labio y se extiende hasta la base de la nariz. La hendidura se define como parcial cuando solo está afectada una parte del labio. labio leporino parcial es la forma más leve de labio leporino y no se relaciona con defectos óseos.

Cuando se detecta labio leporino, se deben tomar imágenes del paladar con cuidado, ya que la mayoría de los lactantes con labio leporino además tienen afectación palatina: el 85% de los casos de labio leporino bilateral y el 70% de los casos de labio leporino unilateral están relacionados con hendidura palatina.

Las hendiduras en posiciones atípicas pueden verse asociadas con bandas amnióticas. Por ende, cuando se diagnostica un labio leporino con o sin hendidura palatina, además se debe realizar un estudio fetal completo para detectar anomalías en otros sistemas de órganos.

La hendidura palatina sola “Rara vez se detecta prenatalmente”<sup>15</sup>.

Esta “Debe sospecharse en fetos con micrognatia y polihidramnios; La resonancia magnética fetal (MRI) puede ser útil en la evaluación”<sup>16</sup>.

Anomalías relacionadas: Los fetos con fisura oral deben someterse a un examen completo para descartar cualquier otro problema estructural, que son frecuentes y varían según el tipo y la ubicación de la hendidura oral. Por ejemplo, se han detectado anomalías relacionadas en el 28% de los fetos con labio leporino y hendidura palatina, el 8% de los que tienen labio leporino solo y el 22% de los que tienen hendidura palatina sola. Las anomalías relacionadas son muy frecuentes con labio leporino de línea media y más frecuentes con labio leporino y paladar hendido bilateral que labio leporino y paladar hendido unilateral (100, 25 y 10 %, respectivamente, en un estudio<sup>17</sup>.

Las anomalías relacionadas ordinariamente comprenden el sistema nervioso central / sistema esquelético (33%) y el sistema cardiovascular (24 %), que son sitios de tejidos con origen neural ectodérmico. A veces, la anomalía conexas se detecta antes de que se examinen el labio y el paladar y se requiera un análisis cuidadoso de estas estructuras.

Según un estudio “Se observó polihidramnios en 15/230 (6,5%) embarazos con labio leporino y paladar hendido solo en un estudio, y el paladar estuvo involucrado en 13 de estos casos”<sup>18</sup>.

No obstante, es posible que el polihidramnios no se desarrolle hasta la segunda mitad del embarazo, muy posteriormente del momento del examen anatómico de rutina.

### 3.2. Grupos de edad

Según la Organización Mundial de la Salud, el ciclo de vida puede dividirse en etapas, dentro de las cuales se encuentran<sup>45</sup>.

- Infancia (0-6 años)
- Niñez (6 - 12 años)
- Adolescencia (12 - 20 años)
- Juventud (20 - 25 años)

- Adultez (25- 60 años)
- Adulto Mayor (60 años o más).

### 3.3. Desnutrición aguda y crónica

Los dos síndromes clásicos de desnutrición aguda severa (SAM) son el marasmo (síndrome de emaciación) y el kwashiorkor (desnutrición edematosa), o una combinación de los dos (kwashiorkor marásmico).. Los infantes con desnutrición aguda parecen emaciados, mientras que los infantes con desnutrición crónica tienen un desarrollo de crecimiento lineal atrofiado y / o tienen bajo peso. Los bebés desnutridos pueden tener una variedad de problemas, como deshidratación, infecciones y escasez de vitaminas.

La división en desnutrición aguda (emaciación) y crónica (retraso del crecimiento) es una simplificación excesiva. En un estudio, muchos infantes que poseían emaciación o retardo en el crecimiento a los dos años de edad habían padecido la otra forma de desnutrición antes en la vida<sup>19</sup>.

Según la definición “La clasificación de Waterlow es la mejor herramienta ya que la diferencia radica en que permite determinar la cronología y la intensidad de la desnutrición. Para la realización de esta evaluación se necesitan dos indicadores”<sup>249</sup>.

$$\bullet \text{ Porcentaje de peso/estatura (I P/E)} = \frac{\text{peso real}}{\text{Peso que debería tener para la estatura}} \times 100$$

$$\bullet \text{ Porcentaje de estatura/edad (I T/E)} = \frac{\text{estatura real}}{\text{Estatura que debería tener para la edad}} \times 100$$

Según el mismo artículo “Con el fin de determinar el peso para la talla y la talla para la edad, es necesario tomar el valor que corresponde al percentil 50 en las gráficas

de crecimiento; más adelante abordaremos la recomendación sobre la utilización del mejor gráfico para realizar la evaluación”<sup>49</sup>.

Además, el mismo artículo explica que “Una vez que se han obtenido los porcentajes, se ubican en el gráfico (Figura 2) y el resultado de las mediciones puede ser el siguiente:

- Normal: cuando el peso para la talla y la talla para la edad se encuentran dentro de valores adecuados para la edad.
- Desnutrición aguda: peso para la talla bajo y talla para la edad normal.
- Desnutrición crónica recuperada o en homeorresis: talla para la edad alterada y peso para la talla normal.
- Desnutrición crónica agudizada: talla para la estatura alterada y peso para la talla baja

Y por intensidad será:

- Grado I: menos del 90%
- Grado II: entre el 80 y 89%
- Grado III: menos del 79%”<sup>49</sup>.

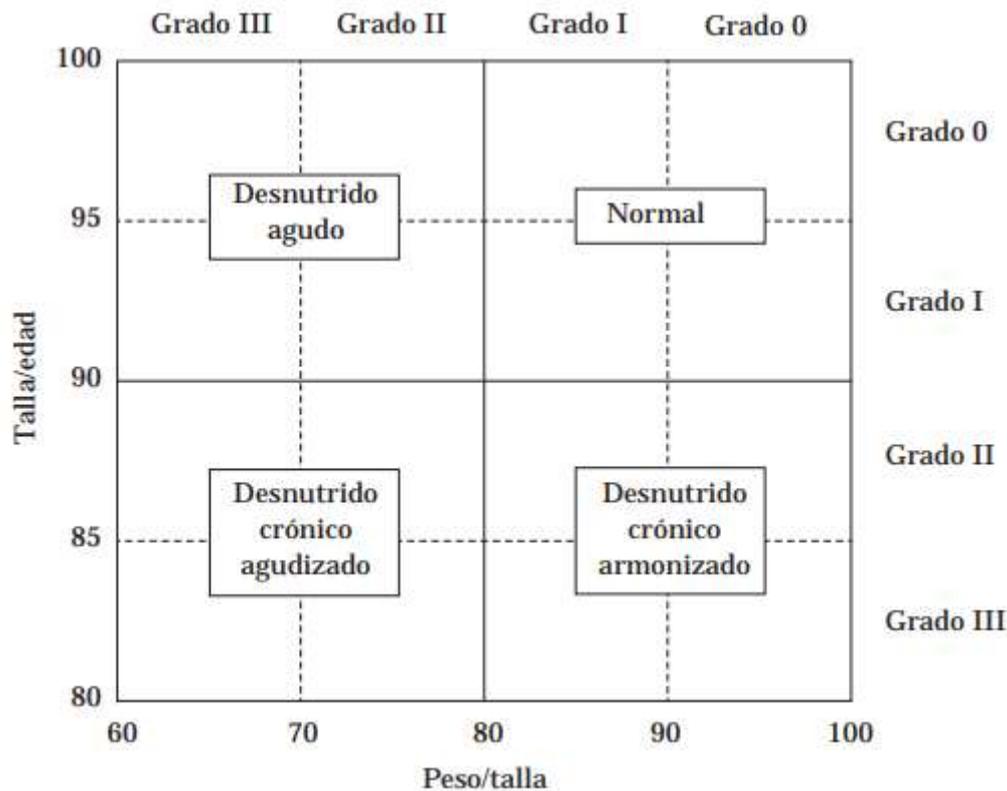


Figura 2. Clasificación por Waterlow

### 3.3.1. Subtipos clínicos

La desnutrición aguda severa se puede dividir en subtipos clínicos dependiendo de la presencia o ausencia de edema. Según definición “La desnutrición sin edema se conoce como marasmo o emaciación, y la desnutrición con edema se conoce como kwashiorkor (o desnutrición edematosa). Antes, se pensaba que los infantes con kwashiorkor tenían peores resultados en comparación con aquellos que padecían marasmo, pero estudios más recientes señalan que los infantes con kwashiorkor tienden a tener mejores resultados, posiblemente debido a la carga adicional de tasas más altas de VIH y deshidratación diarreica”<sup>20,21</sup>.

- **Marasmo:** Según los mismo autores “Se caracteriza por un bajo peso para la altura y circunferencia braquial reducida , lo que manifiesta el deterioro de la masa muscular y el agotamiento de las reservas de grasa corporal. Es la forma

más usual de desnutrición proteico-calórica y se cree que es originada por una ingesta no adecuada de todos los nutrientes, pero especialmente de las fuentes de energía dietética (calorías totales)<sup>22</sup>.

Otros hallazgos del examen físico pueden incluir:

- Una cabeza grande en proporción al cuerpo, con ojos fijos.
  - Mirada delgada y frágil - Comportamiento impaciente y enojado.
  - Hipotensión, bradicardia e hipotermia.
  - Piel fina y seca.
  - La pérdida de grasa subcutánea provoca brazos, muslos y glúteos encogidos, así como pliegues cutáneos superfluos.
  - Cabello delgado y escaso que se arranca fácilmente.
- **Kwashiorkor (desnutrición edematosa):** el kwashiorkor según definición bibliográfica “se caracteriza por un edema con fóvea periférica simétrica que comienza en las regiones más dependientes y avanza cranealmente a medida que avanza el tiempo, a menudo afectando el área presacra, los genitales y el área periorbitaria, con o sin anasarca (edema generalizado severo). Hay una atrofia muscular marcada con grasa corporal normal o incluso aumentada. La desnutrición se considera grave si existe algún edema, independientemente de otros valores antropométricos<sup>22</sup>.

Otros hallazgos del examen físico incluyen:

- Afecto apático.
- Las mejillas tienen una prominencia redondeada ("cara de luna")
- Piel fina, seca y escamosa con parches confluentes de hiperqueratosis e hiperpigmentación - Aspecto arrugado de la boca
- Cabello seco, monótono e hipopigmentado que se cae o se arranca con facilidad
- La hepatomegalia es una condición en la que el hígado está agrandado (debido a infiltrados de hígado graso)
- Distensión abdominal con asas intestinales dilatadas

- Bradicardia, hipotensión e hipotermia
- La mayoría de los lactantes tienen pliegues cutáneos inguinales internos laxos a pesar del edema generalizado.

Se presiona firmemente en el tercer o cuarto hueso del tarso en el dorso del pie durante tres a cinco segundos y luego se observa la fóvea del edema durante dos o tres segundos así para determinar el edema<sup>22</sup>.

El edema en la desnutrición se clasifica de la siguiente manera<sup>23</sup>.

- Leve (1+): el edema afecta solo los pies
- Moderado (2+): el edema afecta los pies y las piernas y / o las extremidades superiores
- Severo (3+): edema generalizado o edema facial moderado más

Los intervalos intermitentes de ingesta adecuada de alimentos restauran el color del cabello, lo que en ocasiones da como resultado bandas de pigmentación normal intercaladas con pérdida alterna del color del cabello ("signo de la bandera")

El retraso del crecimiento (talla reducida para la edad) a menudo se superpone tanto al marasmo como al kwashiorkor, lo que refleja no solo una ingesta calórica inadecuada, sino además los efectos acumulativos de la pobreza crónica, la inseguridad alimentaria y los riesgos infecciosos que enfrentan estos infantes.

Algunos infantes tienen características tanto de marasmo como de kwashiorkor, a veces conocidas como kwashiorkor marásmico.

### 3.3.2. Fisiopatología

La SAM afecta a muchos sistemas de órganos

- Sistema cardiovascular: los infantes con marasmo o kwashiorkor tienen un equilibrio hídrico precario; Según definición “en los infantes con marasmo, el gasto cardíaco y el volumen sistólico se reducen en proporción a la pérdida de masa corporal magra; por lo tanto, el índice cardíaco (que relaciona el gasto cardíaco con el área de

superficie corporal) es normal. no obstante, existe un umbral más allá del cual se produce la disfunción cardíaca<sup>24</sup>.

Otro estudio documentó que las mediciones de la función cardíaca, incluida la masa miocárdica, vuelven a la normalidad el día 7 de la hospitalización<sup>25</sup>.

Todos los infantes con SAM toleraron bolos de líquidos intravenosos, y algunos pueden haber tenido hipovolemia. El enfoque exacto para el manejo de líquidos y la disfunción cardíaca en infantes con SAM debe aclararse más.

- Pulmones - Sorprendentemente, los infantes tratados por SAM no experimentan efectos negativos con respecto a la función pulmonar posterior<sup>26</sup>.

- Hígado: La hepatomegalia es frecuente en kwashiorkor debido al hígado graso. Los pacientes con hipoalbuminemia tienen menos gluconeogénesis hepática, lo que aumenta el riesgo de hipoglucemia y afecta la generación de energía a partir de sustratos como la galactosa y la fructosa. El metabolismo hepático y la excreción de toxinas se ven gravemente obstaculizados, al igual que la síntesis de proteínas hepáticas, en particular la albúmina, y la generación de metabolitos de aminoácidos aberrantes.

- Sistema genitourinario: La capacidad del riñón para eliminar la sal, el exceso de ácido o una carga de agua disminuye drásticamente cuando se reduce la tasa de filtración glomerular. Las infecciones en el sistema urinario son muy frecuentes<sup>27</sup>.

- Tracto gastrointestinal: Se reduce la producción de ácido. Según un estudio “La insuficiencia pancreática exocrina es casi universal en la desnutrición grave; los infantes con kwashiorkor tienen una insuficiencia pancreática más grave que aquellos con emaciación grave, no obstante, la terapia de reemplazo de enzimas pancreáticas no mejora el aumento de peso<sup>28</sup>.”

La insuficiencia de lactasa es un problema frecuente que causa malabsorción de lactosa<sup>29</sup>, y se reduce la absorción de todos los nutrientes. La motilidad intestinal se reduce, y esto puede empeorar por deficiencias de potasio y magnesio, lo que puede conducir a íleo. La disfunción entérica ambiental, además conocida como enteropatía por desnutrición, se relaciona con atrofia de las vellosidades, adelgazamiento de la mucosa, aumento de la permeabilidad intestinal, pérdida de proteínas de unión estrecha

(que conduce a la pérdida de la función de barrera intestinal), infiltración linfocítica y disbiosis intestinal<sup>30</sup>.

El crecimiento excesivo de bacterias lumbales es común y la función de barrera intestinal disminuida, que normalmente limita la translocación de bacterias y sus toxinas, puede provocar bacteriemia y sepsis.

- Sistema inmunológico: la disfunción inmunológica y las infecciones están estrechamente relacionadas con la desnutrición y probablemente sean tanto una causa como una consecuencia de la desnutrición<sup>31</sup>.

Los infantes con desnutrición severa tienen un riesgo extremadamente alto de contraer infecciones superpuestas. Múltiples funciones inmunes están disminuidas en el marasmo; los mecanismos incluyen alteraciones en la función de la barrera intestinal, disbiosis intestinal e inmunidad de las mucosas, producción reducida de citocinas proinflamatorias por el tejido adiposo ("adipocinas") y deficiencias de micronutrientes<sup>32</sup>.

Algunos órganos linfoides como los ganglios involucionan. El tamaño del timo mejora con el tratamiento de la desnutrición. Aunque la respuesta inmune de fase aguda está intacta, los signos típicos de infección están comúnmente abolidos.

- Sistema endocrino: el infante desarrolla a veces intolerancia a la glucosa debido a que la insulina se reduce en cantidad. Hormonas suprarrenales como el cortisol generalmente esta incrementada.

- Sistema nervioso central: aproximadamente el 20 % de los infantes presentan hallazgos anormales en la resonancia magnética (RM) cerebral, como atrofia cerebral, ventrículos dilatados y cambios en la sustancia blanca periventricular<sup>33</sup>. En la mayoría de los pacientes, estos cambios graves se resuelven con el tratamiento.

- Metabolismo y circulación: El niño se vuelve hipotérmico en un ambiente frío e hipertérmico en uno cálido porque se impide tanto la generación como la pérdida de calor. Según un estudio "La desnutrición edematosa y el marasmo reducen la absorción intestinal de nutrientes y la eliminación de glucosa en sangre, pero la producción de glucosa endógena se reduce significativamente en los lactantes con hipoalbuminemia, tengan o no desnutrición edematosa"<sup>34</sup>.

- Piel y glándulas : la piel y la grasa subcutánea están atrofiadas, lo que provoca pliegues cutáneos sueltos.

### 3.3.3. Patogenia

Se han propuesto múltiples teorías para explicar el edema en la desnutrición edematosa:

- Deficiencia de proteínas / hipoalbuminemia: en el pasado, se pensaba que la deficiencia de proteínas en la dieta era el factor clave subyacente a la desnutrición edematosa. Esta suposición se basó en percepciones de que muchos pacientes con Kwashiorkor tienen hipoalbuminemia, que se pensó que era una consecuencia de nutrientes inadecuados para la síntesis de proteínas. Además, las concentraciones de albúmina generalmente aumentan dentro de las dos primeras semanas de realimentación (aunque sutilmente), y la desnutrición edematosa tiene características similares al síndrome nefrótico congénito, en el que la patología primaria es la pérdida renal de albúmina<sup>35</sup>. No obstante, múltiples líneas de evidencia han demostrado que la ingesta inadecuada de proteínas en la dieta no es el principal desencadenante de la desnutrición edematosa. Por ejemplo, algunos pacientes tienen desnutrición edematosa sin hipoalbuminemia, otros desarrollan desnutrición edematosa a pesar de la proporción adecuada de proteína en la dieta (p. Ej., En lactantes exclusivamente amamantados) y otros se recuperan de desnutrición edematosa con cuidados de apoyo incluso sin mejorar el contenido de proteínas de la dieta<sup>36</sup>.

Por tanto, ni la deficiencia de proteínas ni la hipoalbuminemia parecen ser la causa principal del edema en el kwashiorkor. En cambio, la hipoalbuminemia parece ser una complicación común y puede contribuir al edema en muchos pacientes al permitir el movimiento de líquido desde el espacio vascular hacia el intersticio; esto se ve agravado por la retención de sodio y agua por los riñones. El componente de carbohidratos de la dieta aumenta los niveles de insulina, lo que mejora aún más la reabsorción renal de sodio y agua.

●Microbioma: evidencia sólida sugiere que la desnutrición edematosa es causada por cambios en el microbioma intestinal, junto con una dieta específica. En un estudio, la desnutrición fue inducida en ratones por transferencia de la microbiota fecal de infantes desnutridos si además fueron alimentados con la dieta local pobre en nutrientes consumida por los infantes. Ni la transferencia de microbiota fecal ni la dieta local por sí solas fueron suficientes para causar la desnutrición. Este y otros estudios apoyan el concepto de que los cambios en la microbiota fecal y / o viroma percibidos en la desnutrición son causas más que efectos de la desnutrición y que la disbiosis podría ser reversible con alimentos terapéuticos especialmente diseñados. La desnutrición grave puede interferir con el desarrollo normal del microbioma intestinal, lo que da lugar a una población bacteriana inmadura que podría tener otras consecuencias para la salud<sup>37</sup>.

#### 3.3.4. Evaluación clínica

Antropometría - Se utilizan varios parámetros antropométricos para determinar la gravedad de la desnutrición aguda y crónica, que se manifiesta como emaciación o edema y retraso del crecimiento lineal, respectivamente. Los déficits de peso ocurren primero durante los momentos de deficiencia dietética, seguidos por la longitud o la altura reticente y, por último, el retraso en el crecimiento de la circunferencia de la cabeza, según las metodologías de evaluación. Las estimaciones del grado y duración de la deficiencia nutricional brindan orientación para la rehabilitación nutricional de los niños desnutridos.

Puntuaciones Z: Según definición “Cuando se comparan las medidas de peso y altura de un niño con las de un estándar de referencia de la población, se determina el grado de emaciación o retraso en el crecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó pautas de crecimiento de la población en 2006, que describen el desarrollo infantil normal desde el nacimiento hasta los cinco años de edad para una variedad de poblaciones en condiciones ambientales ideales. Las puntuaciones Z representan el peso para la talla y la talla para la edad de un individuo en relación con la media de la población”<sup>38</sup>.

De mitad de la circunferencia del brazo superior - La circunferencia media del brazo (MUAC) es una forma precisa y eficiente a la pantalla para la desnutrición. Es

especialmente valioso en entornos en los que el tiempo, el equipo o el personal capacitado son limitados, como las hambrunas y las crisis de refugiados.

Un MUAC de  $<115$  mm se usa generalmente para la detección de desnutrición en infantes de 6 a 59 meses de edad. Se puede utilizar un único punto de corte porque es razonablemente independiente de la edad y el sexo en este grupo de edad. Este límite es bastante sensible para detectar emaciación severa. no obstante, un estudio sugiere que los valores de corte más altos basados en el grupo de edad pueden captar mejor la vulnerabilidad y el riesgo de emaciación grave y moderada<sup>38</sup>. Este estudio sugirió los siguientes límites para MUAC:

- Edad de 6 a 24 meses: emaciación grave  $<120$  mm; Pérdida moderada  $<125$  mm
- Edad de 25 a 36 meses: emaciación grave  $<125$  mm; Pérdida moderada  $<135$  mm
- Edad de 37 a 60 meses: emaciación grave  $<135$  mm; emaciación moderada  $<140$  mm

Las ventajas del MUAC en comparación con las puntuaciones Z de peso por talla (WLZ) son que es un mejor predictor de mortalidad, es más fácil de realizar y no se ve tan afectado por la deshidratación. Por otro lado, WLZ puede detectar otro 40% de los infantes con desnutrición aguda grave (SAM) que tienen valores MUAC normales y las puntuaciones WLZ están mejor correlacionadas con varios índices bioquímicos de desnutrición relacionados con morbilidad clínica. Por tanto, la combinación de MUAC y WLZ es óptima para la sensibilidad y la identificación de los infantes con mayor riesgo<sup>39</sup>.

**Criterios de diagnóstico:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ideado criterios para determinar si un recién nacido sufre de desnutrición moderada o grave. Estos estándares se basan en la gravedad de la emaciación y el retraso del crecimiento, así como en la existencia de edema.

Niños de 6 a 59 meses: para este grupo de edad, los criterios de diagnóstico son:

- SAM:

- MUAC <115 mm, o
- Puntuación Z de peso para la talla <-3, o
- Edema con fóvea bilateral
- Desnutrición aguda moderada (MAM) :
  - MUAC 115 a 124 mm, o
  - Puntaje Z de peso para la longitud -2 a -3
- Enanismo (indica desnutrición crónica):
  - Enanismo moderado - Puntaje Z de altura o longitud -2 a -3
  - Enanismo severo - Puntaje Z de altura o longitud <-3

La OMS recomienda estas definiciones de SAM como criterio para identificar a los pacientes que requieren tratamiento urgente. El tipo de programa de tratamiento (ambulatorio o hospitalizado) depende del estado clínico general, el apetito y la enfermedad comórbida del paciente.

Lactantes <6 meses: Tanto la puntuación Z de peso para la talla como el MUAC tienen ventajas y desventajas en esta población<sup>40</sup>. El enfoque más común en este grupo de edad es definir la desnutrición grave utilizando los mismos criterios de peso y altura que se utilizan para los lactantes mayores y los infantes (puntuación Z de peso para la talla <-3 o la presencia de edema con fóvea bilateral).

Tres estudios confirman ahora que MUAC <110 mm está altamente relacionado con la mortalidad en este grupo de edad<sup>41</sup>. Uno de estos estudios mostró que el MUAC y la puntuación Z de peso para la edad <-3 son mejores predictores de mortalidad que la puntuación Z de peso para la talla<sup>42</sup>.

Niños de 5 años en adelante: para los infantes mayores de cinco años y los adolescentes, la OMS recomienda el uso de puntuaciones Z del índice de masa corporal para la edad para detectar la desnutrición. Alternativamente, se han desarrollado gráficos de puntuación Z de MUAC para la edad para infantes entre 5 y 19 años. En estos gráficos, cuando se utilizan valores de corte de -2 para desnutrición moderada y -3

para desnutrición severa, se ha demostrado que se correlacionan con la mortalidad en África<sup>43</sup>. Por lo tanto, las puntuaciones Z de MUAC para la edad pueden ser un método alternativo para detectar la desnutrición en infantes de 5 a 19 años.



### 3.4. Revisión de antecedentes investigativos

#### 3.4.1. A nivel local

No se encontraron antecedentes de trabajos similares a nivel local.

#### 3.4.2. A nivel nacional

No se encontraron antecedentes de trabajos similares a nivel nacional.

#### 3.4.3. A nivel internacional

**3.4.4. Autor:** Gallego-Sobrino, Rocio; Esparza-Lasaga ,Leire; Moral-Sáez ,Ignacio; Rodríguez-Martínez; Gerardo.

**Título:** Nutritional status and growth in children born with cleft lip and palate.

**Resumen:** “En niños con fisura labio palatina se puede ver afectado el estado nutricional, el desarrollo y/o el crecimiento por las dificultades en la alimentación. En este artículo se revisa la literatura existente sobre el pronóstico nutricional de los niños nacidos con dicho defecto y la repercusión en su patrón de crecimiento. Estos pacientes pueden presentar un crecimiento disminuido en sus primeros meses de vida y, debido al riesgo nutricional, necesitan inicialmente soporte y ayuda con la alimentación. Sin embargo, a partir de los dos años de edad, el pronóstico nutricional y el crecimiento se equiparán en la mayoría de ellos al de sus coetáneos. Se necesitan análisis más amplios que valoren el crecimiento de los niños con mayor riesgo nutricional y las consecuencias a largo plazo en su estado nutricional y en la composición corporal, tanto por defecto como por exceso”<sup>44</sup>.

#### 4. HIPÓTESIS.

Dado que el labio leporino y el paladar hendido son malformaciones congénitas que pueden interferir con un adecuado proceso de alimentación en la infancia, es probable que existan diferencias en el estado nutricional de infantes según la coexistencia de labio leporino más paladar hendido, en infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021.





## **CAPÍTULO II**

# **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria.

### 1.2. Instrumentos:

- Ficha de recolección de datos

### 1.3. Materiales de verificación:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el Servicio de Pediatría de la Clínica Infantil Paz Holandesa.

### 2.2. Unidades de estudio:

Historias clínicas de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa de Arequipa con diagnóstico de labio leporino y/o paladar hendido.

**Población:** Todas las historias clínicas de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa de Arequipa con diagnóstico de labio leporino y/o paladar hendido en el periodo de estudio.

**Muestra:** No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se espera abarcar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

### **Criterios de selección:**

□ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes en el grupo etario desde el nacimiento hasta antes de los 5 años.
- Pacientes con diagnóstico de egreso labio leporino y/o paladar hendido

□ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes fallecidos o perdidos de seguimiento
- Historias clínicas incompletas o extraviadas.

**2.3. Temporalidad:**

El estudio se desarrolló en forma histórica durante el periodo de cuatro años comprendido entre enero de 2018 y diciembre 2021.

**2.4. Ubicación espacial:**

Clínica Paz Holandesa de Arequipa en la Provincia y Departamento de Arequipa.

**2.5. Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio observacional, retrospectiva, transversal.

**2.6. Nivel de investigación:**

Es un estadio cuantitativo, no experimental relacional.

**2.7. Diseño de investigación:**

Estudio de asociación.

**3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**3.1. Organización**

Se realizaron las coordinaciones necesarias con la autoridad máxima de la clínica Paz holandesa para obtener los permisos necesarios para poder realizar el estudio.

Se revisaron historias clínicas de pacientes con una edad comprendida entre el

nacimiento y los 23 meses 29 días de ambos sexos desde el mes de enero 2018 a diciembre 2021. Dichos pacientes tienen que presentar patología diagnosticada de labio leporino, paladar hendido o ambos, así como tener registrado en la historia el peso, talla, además de datos sociodemográficos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior análisis e interpretación.

### **3.2. Recursos**

- a) Humanos
  - Investigadores, asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
  - Autofinanciado

### **3.3. Validación de los instrumentos**

La ficha de recolección de datos no requiere de validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

### **3.4. Aspectos éticos**

Los datos obtenidos se recabaron en forma anónima y de manera exclusiva para la presente investigación. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina.

### **3.5. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Recolección**

Se llenaron las fichas de datos.

**b) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados fueron codificados para su análisis e interpretación.

**c) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2019).

**d) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

**e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado de Pearson. Para el análisis de datos se empleó el programa Excel 2019 y el paquete SPSSv.24.0 para Windows.



## **CAPÍTULO III RESULTADOS**

## PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS



**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 1**  
**Características sociodemográficas de los niños atendidos**

		N°	%
Edad	< 30 días	38	15.83%
	1-6 meses	106	44.17%
	7-12 meses	38	15.83%
	1a-1a6m	29	12.08%
	1a6m-<2 <sup>a</sup>	15	6.25%
	2a-2a6m	6	2.50%
	2a6m-<3a	1	0.42%
	3a-3a6m	5	2.08%
	3a6m- <4a	2	0.83%
Sexo	Masculino	142	59.17%
	Femenino	98	40.83%
Procedencia	Urbano	181	75.42%
	Urbanomarginal	50	20.83%
	Rural	8	3.33%
	Sin dato	1	0.42%
Nacimiento	A término	237	98.75%
	Pretérmino	3	1.25%
Total		240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 2**  
**Tipo de malformación en los niños atendidos**

	N°	%
Paladar hendido aislado	208	86.67%
Labio leporino + paladar hendido	32	13.33%
Total	240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 3**  
**Afectación del paladar en los niños evaluados (n = 240)**

	<b>N°</b>	<b>%</b>
Paladar blando y duro	76	31.67%
Paladar blando	40	16.67%
Paladar duro	83	34.58%
No especificado	41	17.08%
Total	240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 4**  
**Lado de afectación del paladar en los niños evaluados (n = 240)**

	Total	Unilateral		Bilateral		Medio		N/E	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Paladar blando y duro	76	57	75.00%	0	0.00%	0	0.00%	19	25.00%
Paladar blando	40	32	80.00%	4	10.00%	0	0.00%	4	10.00%
Paladar duro	83	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	83	100.00%
No especificado	41	13	31.71%	13	31.71%	13	31.71%	2	4.88%
Total	240	102	42.50%	17	7.08%	13	5.42%	108	45.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 5**  
**Afectación del labio en los niños evaluados (n = 32)**

	N°	%
Bilateral	20	62.50%
Unilateral	12	37.50%
Total	32	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 6**  
**Resultados de la evaluación nutricional según peso para la edad**

	N°	%
Bajo peso severo	17	7.08%
Bajo peso	23	9.58%
Adecuado	189	78.75%
Sobrepeso	3	1.25%
No corresponde	8	3.33%
Total	240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 7**  
**Resultados de la evaluación nutricional según talla para la edad**

	N°	%
Talla baja severa	20	8.33%
Talla baja	27	11.25%
Adecuada	183	76.25%
Talla alta	2	0.83%
No corresponde	8	3.33%
Total	240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 8**  
**Resultados de la evaluación nutricional según peso para la talla para la edad**

	N°	%
Muy bajo	2	0.83%
Bajo	14	5.83%
Normal	206	85.83%
Alto	10	4.17%
No corresponde	8	3.33%
Total	240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 9**  
**Resultados de la evaluación nutricional antropométrica en niños en los que no  
corresponde**

	N°	%
Normal	6	75.00%
Sobrepeso	2	25.00%
Total	8	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 10**  
**Valoración nutricional de los niños con malformaciones faciales**

	N°	%
Desnutrición crónica	29	12.08%
Desnutrición aguda	16	6.67%
Eutrófico	187	77.92%
Sobrepeso	8	3.33%
Total	240	100.00%

**INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO EN EL  
ESTADO NUTRICIONAL DE INFANTES EVALUADOS EN LA CLÍNICA PAZ HOLANDESA,  
AREQUIPA 2018-2021**

**Tabla 11**  
**Comparación de la valoración nutricional según tipo de malformación**

Est. Nutricional	Labio leporino + paladar hendido		Paladar hendido aislado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desnutrición crónica	2	6.25%	27	12.98%	29.0	12.08%
Desnutrición aguda	3	9.38%	13	6.25%	16	6.67%
Eutrófico	27	84.38%	160	76.92%	187	77.92%
Sobrepeso	0	0.00%	8	3.85%	8	3.33%
Total	32	100.00%	208	100.00%	240	100.00%

$\text{Chi}^2 = 2.87$

G. libertad = 3      p = 0.41

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer la influencia de la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021.

El principal motivo por el que se realizó el estudio en la clínica Paz Holandesa fue que debido a su gran casuística y atención integral con seguimiento de los infantes afectados por labio leporino y/o paladar hendido es prudente determinar el grado de afectación nutricional además de aprovechar y determinar sus características epidemiológicas.

Para tal fin se revisó una muestra representativa de 240 infantes con diagnóstico de labio leporino y/o paladar hendido evaluados en la clínica Paz Holandesa en el periodo de estudio. Se recolectaron variables en una ficha de datos. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva, y se comparan variables con prueba Chi cuadrado.

En la **Tabla 1** se muestra las características sociodemográficas de los niños estudiados. El 44.17% de niños tuvieron de 1 a 6 meses, un 15.83% tuvo menos de 30 días o en la misma proporción de 7 a 12 meses; un 18.33% tuvieron de 1 a 2 años, 2.92% tuvo de 2 a 3 años, y la misma proporción de 3 a menos de 4 años. El 59.17% fueron varones y 40.83% mujeres. El 75.42% de niños procedían de zona urbana, 20.83% de zona urbano marginal, y 3.33% de zona marginal. Solo un 1.25% de niños tuvieron un nacimiento pre término. No se cuenta con algún estudio similar para realizar una comparativa.

En la **Tabla 2** se muestra el tipo de malformación presente en los niños; el 86.67% fue evaluado por paladar hendido aislado, y 13.33% labio leporino más paladar hendido. El paladar hendido fue tanto el paladar duro como el blando en 31.67% de casos, solo el paladar blando en 16.67%, solo el duro en 34.58% y en 17.08% no se especificó el tipo

de paladar afectado; según otro estudio de Esteban Plasencia et, al. se encuentra que “la fisura labiopalatina con extensión completa, fue la forma más frecuente y estuvo presente en 36 neonatos (59%), la afeción labial aislada fueron 12 (19,7%), la palatina aislada fueron 10 (16.4%) y medial fueron 3 (4.9%)”<sup>2</sup> (**Tabla 3**). El paladar se afectó en forma unilateral en 42.50%, en forma bilateral en 7.08%, y en la zona media en 5.42%, mientras que en 45% de casos no se especificó el lado afectado, como se aprecia en la **Tabla 4**. En el caso de los niños con afectación de labio leporino (32 casos, **Tabla 5**); el 62.50% de ellos tuvo afectación bilateral, y en 37.50% en forma unilateral.

Los resultados de la evaluación nutricional según peso para la edad se muestran en la **Tabla 6**; el 16.67% tuvo peso bajo (severo en 7.08%), peso adecuado para la edad en 78.75%, y 1.25% tuvo sobrepeso. En cuanto a la talla para la edad (**Tabla 7**), 19.58% tuvo talla baja (severa en 8.33%), talla adecuada en 76.25%, y un 0.83% la talla fue alta. El peso para la talla (**Tabla 8**) fue bajo o muy bajo en 6.67%, normal en 85.83%, y alto en 4.17%. De los 8 casos (3.33%) en los que no se pudo aplicar los criterios anteriores, se evaluó el estado nutricional según pesos (**Tabla 9**) y se encontró un peso normal en 75% y sobrepeso en 25%. Con todos estos datos, se obtuvo la valoración nutricional de los niños, que se muestra en la **Tabla 10**; el 12.08% tuvo desnutrición crónica, 6.67% desnutrición aguda, un 77.92% fue eutrófico, y 3.3 sobrepeso. Según un estudio para comparación se concluyó que “no hay una diferencia significativa en el estado nutricional de las variantes de las malformaciones”<sup>50</sup>. En la **Tabla 11** se muestra la comparación del estado nutricional según la presencia de la malformación facial; en los casos con labio leporino con paladar hendido el 6.25% tuvo desnutrición crónica, comparado con 12.98% de casos con paladar hendido aislado; en el primer grupo el 9.38% tuvo desnutrición aguda, comparado con 6.25% en casos con paladar hendido aislado. En ambos predominó el estado eutrófico (84.38% en casos con labio leporino y paladar hendido; 76.92% en casos con paladar hendido aislado). Las diferencias no fueron significativas ( $p > 0.05$ ). En comparación con otro estudio realizado que concluyó que “se demostró que el potencial de crecimiento de niños con este tipo de defectos es el mismo que el de infante normales”<sup>51</sup>.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



## CONCLUSIONES

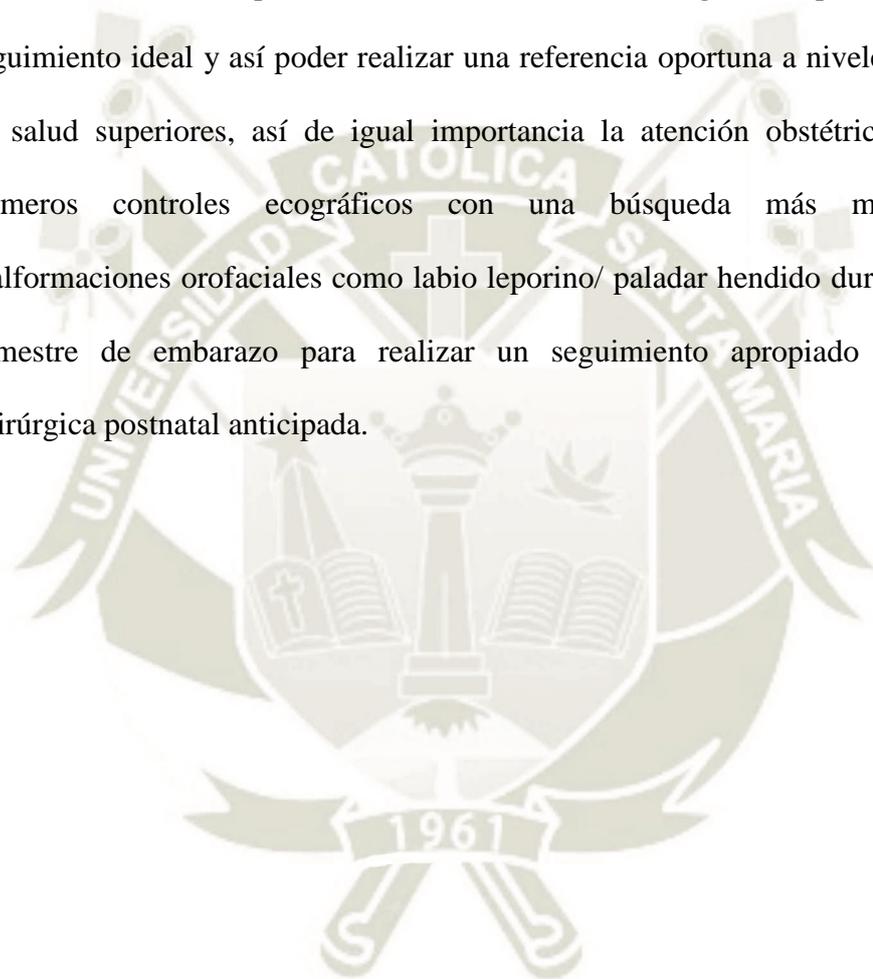
- Primera.-** Se encontraron 240 casos con labio leporino y/o paladar hendido en infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa en el periodo 2018-2021, de los cuales 86.67% fueron paladar hendido aislado y en 13.33% paladar hendido con labio leporino.
- Segunda.-** Los infantes con labio leporino y/o paladar hendido evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021 tuvieron menos de un año y fueron varones, con procedencia urbana y con antecedente de nacimiento a término.
- Tercera.-** El estado nutricional de los infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021 mostró 12.08% de desnutrición crónica, 6.67% desnutrición aguda, y 77.92% fueron eutróficos, con 3.33% de sobrepeso.
- Cuarta.-** Aunque hubo más desnutrición crónica en el paladar hendido aislado y más desnutrición aguda en la combinación de labio leporino y paladar hendido, el tipo de malformación no influyó de manera significativa en el estado nutricional de infantes evaluados en la clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021. Es necesario realizar hincapié en que no se tomó en cuenta alteraciones cromosómicas que puedan alterar la nutrición, ni tampoco el uso de prótesis y/o accesorios orofaciales en las variables así como no se

detalló a profundidad la variable socioeconómica dentro de los factores epidemiológicos.



## RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al personal de salud encargado de realizar la atención inmediata del recién nacido o en las primeras consultas médicas, el diagnóstico precoz, generar un seguimiento ideal y así poder realizar una referencia oportuna a niveles de atención en salud superiores, así de igual importancia la atención obstétrica durante los primeros controles ecográficos con una búsqueda más meticulosa de malformaciones orofaciales como labio leporino/ paladar hendido durante el primer trimestre de embarazo para realizar un seguimiento apropiado y corrección quirúrgica postnatal anticipada.



## REFERENCIAS

- 1) Ángel AA. Factores de riesgo asociados a fisura labio palatina en recién nacidos en el Hospital Belén de Trujillo. 2006-2015 (tesis de licenciatura). Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 (citado 20 de febrero de 2022). Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2103>
- 2) Plasencia-Dueñas EA, Díaz-Vélez C, Dueñas-Roque MM. Factores asociados a la presencia de fisura labiopalatina en recién nacidos en un hospital peruano de tercer nivel de atención. Un estudio de casos y controles. Acta médica peru [Internet]. 2020 [citado el 20 de febrero de 2022];37(3):304–11. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000300304](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300304)
- 3) Shi M, Wehby GL, Murray JC. Review on genetic variants and maternal smoking in the etiology of oral clefts and other birth defects. Birth Defects Res C Embryo Today [internet]. 2008 [consultado 11 Nov 2021] 84:16. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18383123/>
- 4) Young DL, Schneider RA, Hu D, Helms JA. Genetic and teratogenic approaches to craniofacial development. Crit Rev Oral Biol Med [internet]. 2000 [consultado 11 Nov 2021]; 11:304. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11021632/>
- 5) Beaty TH, Marazita ML, Leslie EJ. Genetic factors influencing risk to orofacial clefts: today's challenges and tomorrow's opportunities. F1000Res [internet]. 2016 [consultado 11 Nov 2021]; 5:2800. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27990279/>
- 6) Basha M, Demeer B, Revencu N, et al. Whole exome sequencing identifies mutations in 10% of patients with familial non-syndromic cleft lip and/or palate in genes mutated in well-known syndromes. J Med Genet [internet]. 2018 [consultado 11 Nov 2021]; 55:449. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29500247/>
- 7) Hunt S, Russell A, Smithson WH, et al. Topiramate in pregnancy: preliminary experience from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. Neurology [internet].

- 2008 [consultado 11 Nov 2021]; 71:272. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18645165/>
- 8) Jackson A, Bromley R, Morrow J, et al. In utero exposure to valproate increases the risk of isolated cleft palate. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [internet]. 2016 [consultado 11 Nov 2021]; 101:F207. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26408639/>
- 9) Huybrechts KF, Hernández-Díaz S, Straub L, et al. Association of Maternal First-Trimester Ondansetron Use With Cardiac Malformations and Oral Clefts in Offspring. JAMA [internet]. 2018 [consultado 11 Nov 2021]; 320:2429. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30561479/>
- 10) Kummet CM, Moreno LM, Wilcox AJ, et al. Passive Smoke Exposure as a Risk Factor for Oral Clefts-A Large International Population-Based Study. Am J Epidemiol [internet]. 2016 [consultado 11 Nov 2021]; 183:834. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045073/>
- 11) Zhou Y, Sinnathamby V, Yu Y, et al. Folate intake, markers of folate status and oral clefts: An updated set of systematic reviews and meta-analyses. Birth Defects Res [internet]. 2020 [consultado 11 Nov 2021]; 112:1699. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33118705/>
- 12) Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. JAMA [internet]. 2009 [consultado 11 Nov 2021]; 301:636. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19211471/>
- 13) Rizos M, Spyropoulos MN. Van der Woude syndrome: a review. Cardinal signs, epidemiology, associated features, differential diagnosis, expressivity, genetic counselling and treatment. Eur J Orthod [internet]. 2004 [consultado 11 Nov 2021]; 26:17. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14994878/>
- 14) Dauwerse JG, Dixon J, Seland S, et al. Mutations in genes encoding subunits of RNA polymerases I and III cause Treacher Collins syndrome. Nat Genet [internet]. 2011[consultado 11 Nov 2021]; 43:20. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21131976/>
- 15) Maarse W, Bergé SJ, Pistorius L, et al. Diagnostic accuracy of transabdominal

- ultrasound in detecting prenatal cleft lip and palate: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* [internet]. 2010 [consultado 11 Nov 2021]; 35:495. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20235140/>
- 16) van der Hoek-Snieders HEM, van den Heuvel AJML, van Os-Medendorp H, Kamalski DMA. Diagnostic accuracy of fetal MRI to detect cleft palate: a meta-analysis. *Eur J Pediatr* [internet]. 2020 [consultado 11 Nov 2021]; 179:29. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31797081/>
- 17) Gillham JC, Anand S, Bullen PJ. Antenatal detection of cleft lip with or without cleft palate: incidence of associated chromosomal and structural anomalies. *Ultrasound Obstet Gynecol* [internet]. 2009 [consultado 11 Nov 2021]; 34:410. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19790102/>
- 18) Depla AL, Breugem CC, van der Horst CM, et al. Polyhydramnios in isolated oral cleft pregnancies: incidence and outcome in a retrospective study. *Prenat Diagn* [internet]. 2017 [consultado 11 Nov 2021]; 37:162. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27943390/>
- 19) Schoenbuchner SM, Dolan C, Mwangome M, Hall A, Richard SA, Wells JC, Khara T, Sonko B, Prentice AM, Moore SE. The relationship between wasting and stunting: a retrospective cohort analysis of longitudinal data in Gambian children from 1976 to 2016. *Am J Clin Nutr* [internet]. 2019 [Consultado 22 Ene 2022];110(2):498. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30753251/>
- 20) Kabalo MY, Seifu CN. Treatment outcomes of severe acute malnutrition in children treated within Outpatient Therapeutic Program (OTP) at Wolaita Zone, Southern Ethiopia: retrospective cross-sectional study. *J Health Popul Nutr*. [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene 2022]; 36(1):7. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28279227/>
- 21) Trehan I, Goldbach HS, LaGrone LN, Meuli GJ, Wang RJ, Maleta KM, Manary MJ . Antibiotics as part of the management of severe acute malnutrition. *N Engl J Med* [internet]. 2013 [Consultado 22 Ene 2022];368(5):425-35. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23363496/>
- 22) Bhutta ZA, Berkley JA, Bandsma RHJ, Kerac M, Trehan I, Briend A. Severe childhood malnutrition. *Nat Rev Dis Primers* [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene

- 2022];3:17067. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28933421/>
- 23) Trehan I, Manary MJ. Management of severe acute malnutrition in low-income and middle-income countries. Arch Dis Child [internet]. 2015 [Consultado 22 Ene 2022]; 100(3):283-7. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25421910/>
- 24) Silverman JA, Chimalizeni Y, Hawes SE, Wolf ER, Batra M, Khofi H, Molyneux EM. The effects of malnutrition on cardiac function in African children. Arch Dis Child [internet]. 2016 [Consultado 22 Ene 2022];101(2):166-71. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26553908/>
- 25) Brent B, Obonyo N, Akech S, Shebbe M, Mpoya A, Mturi N, Berkley JA, Tulloh RMR, Maitland K. Assessment of Myocardial Function in Kenyan Children With Severe, Acute Malnutrition: The Cardiac Physiology in Malnutrition (CAPMAL) Study. JAMA Netw Open [internet]. 2019 [Consultado 22 Ene 2022];2(3):e191054. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30901050/>
- 26) Lelijveld N, Kerac M, Seal A, Chimwezi E, Wells JC, Heyderman RS, Nyirenda MJ, Stocks J, Kirkby J. Long-term effects of severe acute malnutrition on lung function in Malawian children: a cohort study. Eur Respir J [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene 2022];49(4). Disponible en <https://erj.ersjournals.com/content/49/4/1601301>
- 27) Uwaezuoke SN, Ndu IK, Eze IC. The prevalence and risk of urinary tract infection in malnourished children: a systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr [internet]. 2019 [Consultado 22 Ene 2022];19(1):261. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31351466/>
- 28) Bartels RH, Bourdon C, Potani I, Mhango B, van den Brink DA, Mponda JS, Muller Kobold AC, Bandsma RH, Boele van Hensbroek M, Voskuil WP. Pancreatic Enzyme Replacement Therapy in Children with Severe Acute Malnutrition: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene 2022];190:85. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28912050/>
- 29) Kvissberg MA, Dalvi PS, Kerac M, Voskuil W, Berkley JA, Priebe MG,

- Bandsma RH. Carbohydrate malabsorption in acutely malnourished children and infants: a systematic review. *Nutr Rev* [internet]. 2016 [Consultado 22 Ene 2022];74(1):48. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26578625/>
- 30) Chen RY, Kung VL, Das S, Hossain MS, Hibberd MC, et al. Duodenal Microbiota in Stunted Undernourished Children with Enteropathy. *N Engl J Med* [internet]. 2020 [Consultado 22 Ene 2022];383(4):321. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32706533/>
- 31) Rytter MJ, Kolte L, Briend A, Friis H, Christensen VB. The immune system in children with malnutrition--a systematic review. *PLoS One* [internet]. 2014 [Consultado 22 Ene 2022];9(8):e105017. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25153531/>
- 32) Gwela A, Mupere E, Berkley JA, Lancioni C. Undernutrition, Host Immunity and Vulnerability to Infection Among Young Children. *Pediatr Infect Dis J* [internet]. 2019 [Consultado 22 Ene 2022] ;38(8):e175. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31306401/>
- 33) Bhargava H, Singh J. Structural changes in the brain on cranial magnetic resonance imaging in severely malnourished children before and after treatment. *Nutrition* [internet]. 2020 [Consultado 22 Ene 2022];74:110753. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32224323/>
- 34) Bandsma RH, Mendel M, Spoelstra MN, et al. Mechanisms behind decreased endogenous glucose production in malnourished children. *Pediatr Res* [internet]. 2010 [Consultado 22 Ene 2022] Nov;68(5):423-8. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20657348/>
- 35) Coulthard MG. Oedema in kwashiorkor is caused by hypoalbuminaemia. *Paediatr Int Child Health* [internet]. 2015 [Consultado 22 Ene 2022];35(2):83. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25223408/>
- 36) Golden MH. Nutritional and other types of oedema, albumin, complex carbohydrates and the interstitium - a response to Malcolm Coulthard's hypothesis: Oedema in kwashiorkor is caused by hypo-albuminaemia. *Paediatr Int Child Health* [internet]. 2015 [Consultado 22 Ene 2022];35(2):90. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25844980/>

- 37) Smith MI, Yatsunenko T, Manary MJ, Trehan I, et al. Gut microbiomes of Malawian twin pairs discordant for kwashiorkor. *Science* [internet]. 2013 [Consultado 22 Ene 2022];339(6119):548-54. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23363771/>
- 38) Hossain MI, Ahmed T, Arifeen SE, Billah SM, Faruque A, Islam MM, Jackson AA. Comparison of midupper arm circumference and weight-for-height z score for assessing acute malnutrition in Bangladeshi children aged 6-60 mo: an analytical study. *Am J Clin Nutr* [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene 2022];106(5):1232. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28978541/>
- 39) Dailey-Chwalibóg T, Freemark M, Muehlbauer M, Roberfroid D, et al. Clinical and Biochemical Markers of Risk in Uncomplicated Severe Acute Malnutrition. *Pediatrics* [internet]. 2021 [Consultado 22 Ene 2022];147(6). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34021063/>
- 40) Myatt M, Khara T, Collins S. A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community-based therapeutic care programs. *Food Nutr Bull* [internet]. 2006 [Consultado 22 Ene 2022];27. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17076211/>
- 41) Mwangome MK, Fegan G, Fulford T, Prentice AM, Berkley JA. Mid-upper arm circumference at age of routine infant vaccination to identify infants at elevated risk of death: a retrospective cohort study in the Gambia. *Bull World Health Organ* [internet]. 2012 [Consultado 22 Ene 2022];90(12):887. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23284194/>
- 42) Mwangome M, Ngari M, Fegan G, Mturi N, Shebe M, Bauni E, Berkley JA. Diagnostic criteria for severe acute malnutrition among infants aged under 6 mo. *Am J Clin Nutr* [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene 2022];105:1415. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28424189/>
- 43) Mramba L, Ngari M, Mwangome M, Muchai L, Bauni E, Walker AS, Gibb DM, Fegan G, Berkley JA. A growth reference for mid upper arm circumference for age among school age children and adolescents, and validation for mortality: growth curve construction and longitudinal cohort study. *BMJ* [internet]. 2017 [Consultado 22 Ene 2022];358:j3423. Disponible en

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28774873/>
- 44) Gallego-Sobrino, Roció; Esparza-Lazaga, Leire; Moral-Sáez, Ignacio; Rodríguez-Martínez; Gerardo. Nutritional status and growth in children born with cleft lip and palate. Cirugía Plástica [internet]. 2020 [Consultado 08 Abril 2022]; 30 (1): 52-58. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=94380>
- 45) Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Abordaje de Curso de Vida. Página de internet. Con acceso el 08 de abril 2022. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13903:the-healthy-life-course-approach&Itemid=40283&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13903:the-healthy-life-course-approach&Itemid=40283&lang=es)
- 46) Palmero Picazo Joaquín, Rodríguez Gallegos María Fernanda. Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. Acta Médica Grupo Angeles [internet]. 2019 [Consultado 08 Abril 2022]. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2019/am194j.pdf>
- 47) Labio hendido y paladar hendido [Internet]. MayoClinic. 2021 [citado 8 abril 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cleft-palate/symptoms-causes/syc-20370985>
- 48) Renault F. Trastornos de la succión-deglución del recién nacido y el lactante. EMC - Pediatr [Internet]. 2012;47(1):1-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1245-1789\(12\)61048-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1245-1789(12)61048-8)
- 49) Márquez-González Horacio, García-Sámamo Verónica Marlene. Clasificación y

evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. El Residente. [internet].

2012 [Consultado 08 Abril 2022]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>

50) McHeik JN, Levard G. Growth in infants in the first two years of life after neonatal repair for unilateral cleft lip and palate. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2010 [Consultado el 08 de Abril de 2022];74(5):465–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20207020/>

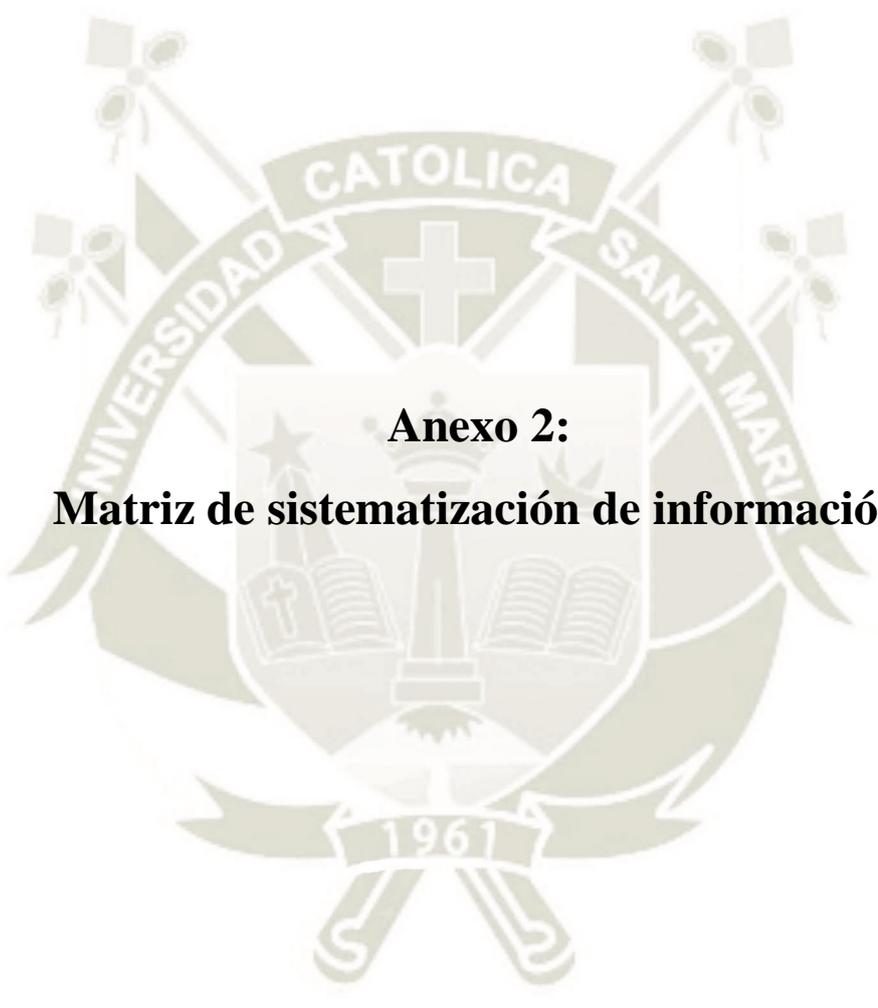
51) Kannan Vellore. Assessment of Nutrient Intake in Cleft Lip and Palate Children After Surgical Correction. The Malasyan Journal of Medical Sciences [Internet]. 2013 [Consultado el 08 de Abril de 2022]; Oct; 20(5): 61–66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3957349/#>

## ANEXOS









**Anexo 2:**  
**Matriz de sistematización de información**

Numero	Historia	Fecha Acto Medico	Fecha nacimiento	Entidad	Sexo	Direccion	Lugar de procedencia	Ubigeo	Tipo de malformacion	Alcance diagnostico	Edad	Peso	Talla	p/e	Clasificacion	T/e	Clasificacion	p/t	Clasificacion	Percentiles %	Clasificacion	Diagnostico Nutricional	Edad Gestacional	Clasificacion
20973	107041	15/01/2018	27/07/2016	HUANCA CHAMP LUM	M	APHA SECTOR 3 URBANOMARGIN	40104	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 1 M 13 D	PESO: 11.04 TALLA: 79.30	1.4	ADECUADO	-1.0	ADECUADO	0.9	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
22402	107440	14/03/2018	7/01/2016	LEO CISA LUIS ENRIQ M	M	PASAJE OROYA 40 URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 2 M 7 D	PESO: 9.30 TALLA: 76.50	-0.78	ADECUADO	-0.7	ADECUADO	0.94	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
19288	107909	19/03/2018	16/06/2016	COAQUIA MENDOZ M	M	T-11 SECTOR 13 EN URBANOMARGIN	40103	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 9 M 3 D	PESO: 12.70 TALLA: 82.00	0.81	ADECUADO	-1.15	ADECUADO	1.53	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
19195	108514	7/02/2018	12/06/2016	FLORES ATENCIO JHC M	M	AV INDEPENDENC URBANO	40122	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 7 M 25 D	PESO: 11.60 TALLA: 84.00	0.33	ADECUADO	0.21	ADECUADO	-0.09	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
22534	108617	2/02/2018	29/12/2016	JUSTINIANI TITO EVF	F	JR. LAS BEGONIAS URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR BLANCO Y PALADAR BLANCO	1 A 1 M 4 D	PESO: 11.40 TALLA: 73.20	0.77	ADECUADO	-0.87	ADECUADO	1.28	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
14473	109151	26/01/2018	9/01/2016	TALZO UCHARICO DIF	M	JIRON ARICA 364 URBANO	21011	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	2 A 0 M 17 D	PESO: 11.40 TALLA: 82.20	-0.6	ADECUADO	-1.21	ADECUADO	0.42	NORMAL	p67	0.43 PESO NORMAL			EUTROFICO	TERMINO		
19109	109172	21/02/2018	5/06/2016	VILCARANA QUISPE IM	M	UPIS SAN MIGUEL URBANO	40103	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 8 M 16 D	PESO: 12.50 TALLA: 84.00	0.83	ADECUADO	-0.14	ADECUADO	0.87	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
20322	109481	29/01/2018	25/08/2016	CACERES HANCO H M	M	PROLOG. CAPITAN URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 5 M 4 D	PESO: 11.10 TALLA: 77.70	0.27	ADECUADO	-1.68	ADECUADO	1.19	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
19308	110763	1/03/2017	27/05/2016	HUAMANI HUAMANI JM	M	ASOC. VIVIENDA URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR DURO	EXCLUIDO POR NO TENER DATOS												EUTROFICO	TERMINO		
19031	111673	19/03/2018	4/05/2016	PILARES CLAVERIAS F	F	ASOC. GUARDIA R URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR BILATERAL	1 A 10 M 15 D	PESO: 10.40 TALLA: 80.50	-0.58	ADECUADO	-1.45	ADECUADO	-0.26	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
23003	111757	21/03/2018	10/02/2017	BENACHO IBAÑEZ AF	F	VILLA PARASO M URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 11 M 11 D	PESO: 11.00 TALLA: 78.00	1.4	ADECUADO	0.93	ADECUADO	0.97	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
24133	115944	27/04/2017	28/10/2016	PARCELIA QUISPE KAM	M	CLIE HIPOLITO UN URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	EXCLUIDO POR NO TENER DATOS												EUTROFICO	TERMINO		
21187	117351	23/03/2018	20/09/2016	CLAVERIAS COSTALL F	F	PIUEBLO J. 28 DE JL URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 6 M 3 D	PESO: 12.40 TALLA: 79.00	0.51	ADECUADO	-0.6	ADECUADO	2.65	ALTO	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	SOBREPESO	TERMINO		
19917	117365	16/03/2018	5/08/2016	QUISPE BERYENO LEM	M	URB SAN MARTIN URBANO	40122	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	1 A 7 M 11 D	PESO: 10.40 TALLA: 77.00	-0.67	ADECUADO	-2.36	TALLA BAJA	0.38	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
23001	117587	11/04/2018	5/10/2016	CARRION CCAPA YEH M	M	JOSE LUIS BUSTAM URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 6 M 6 D	PESO: 11.70 TALLA: 78.00	0.58	ADECUADO	-1.71	ADECUADO	1.58	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
22470	117602	28/02/2018	7/10/2016	ALVAREZ LLANOS ALF	M	CALLE JUAN PABL URBANO	40102	FISURA DEL PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 4 M 21 D	PESO: 9.50 TALLA: 76.50	-0.96	ADECUADO	-1.5	ADECUADO	0.65	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
21370	117624	16/05/2017	12/10/2016	ARGANDOÑA CONDI M	M	CENTRO POBLADU URBANOMARGIN	170101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	EXCLUIDO POR NO TENER DATOS												EUTROFICO	TERMINO		
24116	119238	9/03/2018	16/11/2016	CHAMPI CHIARA JHC M	M	ASOC. TRINIFO M URBANO	40108	FISURA DE PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 3 M 19 D	PESO: 8.80 TALLA: 71.50	-1.47	ADECUADO	-3.09	TALLA BAJA SEVERA	0.01	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
21821	119239	17/08/2018	2/11/2016	SACO MERMA IONIA M	F	ESPIÑAR RURAL	80101	FISURA DE PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 9 M 15 D	PESO: 10.50 TALLA: 78.50	-0.88	ADECUADO	-2.36	TALLA BAJA	0.06	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
23119	119242	15/06/2018	19/08/2016	CONDORI RAMOS BEB	F	JR. MULTAR PASAJ URBANO	21101	FISURA DEL PALADAR CON LABIO LEPORINO UNIL	1 A 9 M 27 D	PESO: 11.60 TALLA: 82.00	0.01	ADECUADO	-1.15	ADECUADO	1.06	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
22126	120621	10/01/2018	2/01/2017	SUARNA TICONA ROLF	F	URB. JOSE SANTO URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 9 M 10 D	PESO: 10.80 TALLA: 72.20	1.46	ADECUADO	-0.81	ADECUADO	2.11	ALTO	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
19737	122769	6/04/2018	8/07/2016	PORTILLO CHIENA BEN M	M	CALLE 22 DE MARZ URBANO	40103	FISURA DE PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 8 M 29 D	PESO: 10.40 TALLA: 81.00	-0.23	ADECUADO	-0.63	ADECUADO	-0.48	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
20242	123202	2/02/2018	3/09/2016	CHILLA VILLA IEN M	M	URB SEMI RURAL URBANOMARGIN	40104	FISURA DEL PALADAR DURO	1 A 4 M 29 D	PESO: 12.40 TALLA: 82.00	1.46	ADECUADO	-0.63	ADECUADO	1.25	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
25386	123965	4/05/2018	23/06/2017	ROSELLO CHACON CF	F	CLIE ESMERALDA URBANO	40112	FISURA DEL PALADAR BILATERAL	#NOMBRES? 0 A 10 M 11 P	PESO: 10.30 TALLA: 73.00	1.51	ADECUADO	0.5	ADECUADO	1.47	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
20500	125920	27/08/2018	27/07/2016	CARCAUSTO OCHOCHI M	M	AV. JULIO C. TELLC URBANO	21011	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	2 A 1 M 0 D	PESO: 12.00 TALLA: 83.00	0.61	ADECUADO	-1.43	ADECUADO	0.6	NORMAL	p73	0.62 PESO NORMAL			EUTROFICO	TERMINO		
25817	125936	13/03/2018	4/06/2017	GALLEGOS SANA LEO M	M	AV TUPAC AMARL URBANO	40112	FISURA DEL PALADAR BLANCO, UNILATERAL	0 A 9 M 9 D	PESO: 8.80 TALLA: 70.00	-0.17	ADECUADO	-1.01	ADECUADO	0.53	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
26022	127188	22/01/2018	5/05/2017	DEZA CRUZ MARIAN F	F	URB VILLA MERCE URBANO	21101	FISURA DEL PALADAR BLANCO, UNILATERAL	0 A 8 M 17 D	PESO: 8.20 TALLA: 70.00	-0.08	ADECUADO	0.17	ADECUADO	-0.12	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
26285	128825	5/02/2018	14/07/2017	LUNA PACHECO MARIM F	F	AV BRACAL 9-2 URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SINDROME NUTRICIO	0 A 6 M 22 D	PESO: 5.88 TALLA: 68.00	-2.29	BAJO PESO	0.47	ADECUADO	-3.38	BAJO					DESNUTRICION AGUDA	TERMINO		
21192	129057	9/02/2018	8/11/2016	MAMANI CANCHA LF	F	CALLE ALFONSO URBANO	40101	FISURA DE PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 3 M 11 D	PESO: 10.30 TALLA: 75.50	0.56	ADECUADO	-0.76	ADECUADO	1.3	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
26464	130166	7/03/2018	10/09/2017	CALCINA PUMA BRIAF	F	LA JOYA VICTORIA URBANO	40108	FISURA DEL PALADAR DURO, UNILATERAL	0 A 5 M 27 D	PESO: 6.32 TALLA: 66.50	-1.11	ADECUADO	-0.45	ADECUADO	-2.09	BAJO					EUTROFICO	TERMINO		
26552	130800	16/03/2018	4/09/2017	MONCCA COAQUIRA F	F	VILLA ECOLOGICA URBANO	40102	FISURA DEL PALADAR BLANCO, UNILATERAL	0 A 6 M 12 D	PESO: 6.75 TALLA: 63.00	-0.77	ADECUADO	-1.43	ADECUADO	0.29	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
17740	131001	25/09/2017	9/01/2016	QUEHUE CRUZ KRIS M	M	CIUDAD MAJES M URBANOMARGIN	40520	FISURA DE PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	EXCLUIDO POR NO TENER DATOS												EUTROFICO	TERMINO		
25515	133681	2/02/2018	12/01/2017	MARTINEZ QUINCHO M	M	AA HH YESERA MZ URBANOMARGIN	40208	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 0 M 21 D	PESO: 8.10 TALLA: 73.10	-1.74	ADECUADO	-1.43	ADECUADO	-1.72	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
26041	134386	4/04/2018	7/08/2016	COLLANQUI YUCRA JIM J	M	JR 30 DE NOVIEME URBANO	21101	FISURA DE PALADAR DURO Y PALADAR BLANCO	1 A 7 M 28 D	PESO: 13.50 TALLA: 85.50	1.57	ADECUADO	0.5	ADECUADO	1.48	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
27281	135561	10/11/2017	6/10/2017	ALFARO TODCO ALEF F	F	CALLE ESTADOS URBANO	40120	FISURA DEL PALADAR DURO SINDACTILIA D/C	EXCLUIDO POR NO TENER DATOS												EUTROFICO	TERMINO		
22780	136253	12/03/2018	8/02/2017	SANTILLANA AGUIRF M	F	VILLA UNION G3 C RURAL	40124	FISURA DEL PALADAR DURO	1 A 1 M 4 D	PESO: 10.20 TALLA: 76.00	0.29	ADECUADO	-0.4	ADECUADO	0.43	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
25034	136986	26/02/2018	15/06/2017	ACHIRI YUCRA ISABE F	F	LA HABANA 205 URBANO	40107	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 8 M 11 D	PESO: 9.05 TALLA: 71.00	0.94	ADECUADO	0.7	ADECUADO	0.67	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
23053	139420	2/03/2018	28/12/2016	CRUZ MOGROVEJO FM	M	AV ALIANZA 230 URBANO	40102	FISURA DEL PALADAR DURO SINDROME ERUPTI	1 A 2 M 5 D	PESO: 10.00 TALLA: 77.00	-0.11	ADECUADO	-0.47	ADECUADO	-0.12	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
24797	140189	13/04/2018	12/04/2017	TITO SUMINA IJUAN M	M	ASENT H. PEDRO FURBANOMARGIN	80701	FISURA DEL PALADAR DURO	1 A 0 M 11 D	PESO: 9.40 TALLA: 77.00	-0.31	ADECUADO	0.36	ADECUADO	-0.95	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
0.28	141889	17/01/2018	7/01/2018	GAMARRA TACORA LF	F	CALLE BOLOGNESI URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR BLANCO, UNILATERAL	0 A 0 M 10 D	PESO: 3.36 TALLA: 50.00	0.28	ADECUADO	0.46	ADECUADO	-0.04	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
27213	142029	19/01/2018	27/09/2017	ARIZABAL VALERIAN M	M	CALLE NICOLAS DE URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLANCO	1 A 3 M 22 D	PESO: 6.92 TALLA: 68.00	-0.11	ADECUADO	-0.12	ADECUADO	0.43	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
23015	143301	31/01/2018	6/01/2017	FONSECA CARTAGEN M	M	JR. URUCUS S/N SA URBANO	21101	FISURA DEL PALADAR DURO	1 A 0 M 25 D	PESO: 9.40 TALLA: 72.00	-0.41	ADECUADO	-1.95	ADECUADO	0.65	NORMAL	NO CORRESPONDE	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	NO CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO		
28850	144440	14/02/2018	1/01/2018	MIRANDA MORALES F	F	URB EL BOSQUE M URBANO	21011	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	0 A 1 M 13 D</															



42927	213654	14/12/2021	19/02/2019	MONTES ARROYO M/F	EL PUENTE MZ J L URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	2 A 9 M 23 D	PESO: 15.50	TALLA: 94.20	1.09	NO CORRESPONDE	0.2	NO CORRESPONDE	1.34	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
42980	213890	25/02/2020	11/08/2018	RAMIREZ MAMANI Y M	ASOCIACION VILL URBANOMARGIN	40104	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	1 A 6 M 14 D	PESO: 10.50	TALLA: 82.00	-0.45	ADECUADO	-0.28	ADECUADO	-0.91	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
42983	213931	25/02/2020	14/08/2019	MUSAJA PAYE CARL M	ASA AV. INDEPEN URBANOMARGIN	40102	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SIN OTRA ES	0 A 6 M 11 D	PESO: 7.23	TALLA: 65.00	-0.17	ADECUADO	-1.51	ADECUADO	0.09	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
43071	214407	29/02/2020	2/09/2018	PAUCAR CHOCUE IN F	JR DESAGUADERO URBANOMARGIN	210402	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	1 A 5 M 27 D	PESO: 10.00	TALLA: 78.40	-1.01	ADECUADO	-0.77	ADECUADO	0.07	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
41725	215398	28/12/2019	23/12/2019	SUCAPUCA QUISEP G M	AV SANTA ROSA 1 URBANO	21001	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	0 A 0 M 5 D	PESO: 3.10	TALLA: 51.00	-0.72	ADECUADO	0.13	ADECUADO	-1.39	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
42697	215404	11/02/2020	24/01/2020	HUAMAN RAMOS AL F	JR MARAVILLAS URBANO	21101	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	0 A 0 M 18 D	PESO: 3.55	TALLA: 51.50	-0.42	ADECUADO	-0.29	ADECUADO	-0.62	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
42839	215415	18/02/2020	20/12/2019	PORTAL LARA JOSE D M	PRD JR JOSE MARI URBANO	80601	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	0 A 1 M 29 D	PESO: 5.60	TALLA: 60.00	0.1	ADECUADO	0.85	ADECUADO	-0.6	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
43131	215443	13/03/2020	23/03/2019	HERA MAMANI AZUL F	URBANIZACION L URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	0 A 11 M 19 D	PESO: 15.40	TALLA: 91.90	-0.16	NO CORRESPONDE	-2.28	NO CORRESPONDE	1.91	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
23726	215452	10/03/2020	15/09/2016	HINDOJOSA ATAYUPA M	JR. MICALEA BAST URBANO	210801	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SIN OTRA ES	3 A 5 M 25 D	PESO: 16.00	TALLA: 96.00	0.13	NO CORRESPONDE	-0.65	NO CORRESPONDE	1.24	NORMAL	9p	17.4 PESO NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO
37046	217775	10/05/2019	18/01/2019	AUCACHA HUAQI BAEZ F	ASENTAMIENTO H URBANOMARGIN	40109	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 3 M 23 D	PESO: 3.40	TALLA: 53.50	-4.86	BAJO PESO SEVERO	-1.36	TALLA BAJA SEVERA	2.34	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	PRETERMINO	
32584	219619	20/08/2018	11/08/2018	MAMANI FLOREZ I KE M	AV PROLONGACION URBANO	80801	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 0 M 9 D	PESO: 3.03	TALLA: 49.00	-1.29	ADECUADO	-0.29	ADECUADO	-0.28	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
46082	222203	25/08/2020	2/01/2020	ZEA QUINTO CHRISTI M	JR. JOSE CARLOS N URBANO	21101	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	0 A 7 M 23 D	PESO: 7.60	TALLA: 67.00	-1.06	ADECUADO	-1.48	ADECUADO	-0.14	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
36088	225765	16/03/2019	11/03/2019	HUILCA HUAHUA BUSTINZA M	WILLA GOYONECHI URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 0 M 5 D	PESO: 3.20	TALLA: 49.00	-0.51	ADECUADO	-0.93	ADECUADO	0.18	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
32409	226734	10/08/2018	8/03/2018	VELIZ VILCA LEONEL M	URB QUINTA VICT URBANO	40107	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 5 M 2 D	PESO: 7.60	TALLA: 66.00	0.06	ADECUADO	-0.03	ADECUADO	0.27	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
42499	230050	5/02/2020	20/01/2020	MENDOZA OSCA THI M	RAMON CASTILLA URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 0 M 16 D	PESO: 3.20	TALLA: 47.00	-1.26	ADECUADO	-2.94	TALLA BAJA	1.42	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
48867	231769	15/12/2020	29/08/2020	RAMOS ZAIRA NOHE F	AV VICENTE ZEB URBANO	380101	FISURA DEL PALADAR DURO	EXCLUIDO POR FALTA DE DATOS														
49203	232323	15/12/2020	16/11/2020	CHAUCA HUAMANI M	CALLE RINCONAD URBANO	40409	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 0 M 29 D	PESO: 3.70	TALLA: 53.00	-1.27	ADECUADO	-0.78	ADECUADO	-1.02	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
33141	233529	17/12/2020	16/08/2018	ANCALLA CHACNAN M	1 DE JUNIO ZONA URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	2 A 4 M 11 D	PESO: 13.10	TALLA: 91.50	-0.09	ADECUADO	0.3	ADECUADO	-0.29	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
49250	233633	21/12/2020	28/10/2020	SALAZAR CRUZ KALE F	ASC BLOQUE 5 2N URBANO	40620	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 1 M 24 D	PESO: 3.80	TALLA: 53.00	-1.96	ADECUADO	-1.66	ADECUADO	-0.76	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
49715	235388	27/01/2021	8/07/2020	MENDIZABAL SUCAP F	JR TUMBERS 888 URBANO	21001	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 6 M 23 D	PESO: 8.45	TALLA: 69.00	-0.94	ADECUADO	0.97	ADECUADO	0.54	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
43282	235868	13/01/2021	20/06/2019	CCARRITA TITO URIEL M	ASOC. APIPA SECT URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	1 A 6 M 23 D	PESO: 12.00	TALLA: 79.00	-0.69	ADECUADO	-1.49	ADECUADO	1.88	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
43099	236037	10/03/2020	17/02/2020	HUILCA HUARAHUA F	SANTA CRUZ DE L URBANO	40122	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA	0 A 0 M 22 D	PESO: 3.40	TALLA: 48.00	-0.91	ADECUADO	-2.38	TALLA BAJA	1.31	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
49863	236439	19/01/2021	28/01/2020	HUILCA COAQUIRA I M	PROG. DE VIV. VIL URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR DURO	EXCLUIDO POR FALTA DE DATOS														
50008	236693	21/01/2021	24/02/2020	LASACA TURPO YAN F	COMUNIDAD CAP URBANOMARGIN	21005	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 10 M 26 E	PESO: 8.90	TALLA: 0.73	0.19	ADECUADO	0.14	ADECUADO	-0.12	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
50138	237166	26/01/2021	4/01/2021	BOBADILLA MENDO M	DOS DE MAYO M URBANO	380301	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 0 M 22 D	PESO: 2.90	TALLA: 49.50	-2.41	BAJO PESO	-2.09	TALLA BAJA	-0.56	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO	
49725	237639	29/01/2021	20/11/2020	CALCINA QUISEP SO F	URB MIRADOR DE URBANO	40107	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BIL	0 A 2 M 9 D	PESO: 3.33	TALLA: 49.50	-3.63	BAJO PESO SEVERO	-4.09	TALLA BAJA SEVERA	0.2	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO	
50308	238113	4/02/2021	12/08/2020	AYALA FLORES PRIN F	AV. LA LIBERTAD S URBANO	40702	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 5 M 23 D	PESO: 8.50	TALLA: 0.68	1.34	ADECUADO	1.61	ADECUADO	0.6	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
47054	238593	26/09/2020	28/02/2020	ZETA AQUINO LIAM E M	JASANA GRANDE URBANOMARGIN	21020	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 6 M 27 D	PESO: 7.80	TALLA: 66.00	-0.54	ADECUADO	-1.41	ADECUADO	0.57	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
31804	241208	13/07/2018	20/02/2018	HALLASI MAMANI LUF	JIRON CAPAC YUP URBANO	21101	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 4 M 21 D	PESO: 4.00	TALLA: 57.00	-4.29	BAJO PESO SEVERO	-2.93	TALLA BAJA	-2.99	BAJO	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION AGUDA	TERMINO	
48005	242583	23/03/2021	14/11/2019	SALAS SAUINAS CAT F	BELLO HORIZONTE URBANO	180301	FISURA DEL PALADAR DURO	1 A 4 M 9 D	PESO: 12.80	TALLA: 84.00	2.05	SOBREPESO	0.75	NORMAL	1.98	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	SOBREPESO	TERMINO	
51676	243674	6/04/2021	18/02/2021	MACHACA JAJEN GER F	DOS DE MAYO 418 URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 1 M 16 D	PESO: 31.00	TALLA: 53.00	-3.1	BAJO PESO SEVERO	-1.8	ADECUADO	-3	MUY BAJO	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION AGUDA	TERMINO	
52016	244992	20/04/2021	10/11/2018	PINTO TACO LUKAS F M	ASEN HUMANA S URBANOMARGIN	40101	FISURA DEL PALADAR DURO	2 A 5 M 10 D	PESO: 11.80	TALLA: 79.00	-1.19	NO CORRESPONDE	-3.46	NO CORRESPONDE	1.38	NORMAL	9p	18.9 SOBREPESO	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO
52026	245482	24/04/2021	24/06/2020	VARGAYA HUANCA L F	CESAR VALLEJO S URBANO	210201	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BIL	0 A 10 M 0 D	PESO: 8.40	TALLA: 68.00	-0.08	ADECUADO	-1.41	ADECUADO	0.79	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
49297	245483	18/12/2020	8/05/2020	AQUISE CONDORI K F	MI PERU PSI AZNC URBANO	40129	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	0 A 7 M 10 D	PESO: 4.70	TALLA: 52.90	-5.42	BAJO PESO SEVERO	-6.56	TALLA BAJA SEVERA	0.36	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO	
52118	245486	7/05/2021	6/11/2019	FLORES QUISEP ALON F	LEGUIA ASOC. SR URBANO	23001	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ESP	1 A 6 M 1 D	PESO: 12.00	TALLA: 80.00	1.27	ADECUADO	-0.25	ADECUADA	1.49	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
52148	245715	26/04/2021	18/10/2019	LAPA GIFA DIEGO L F	COMUNIDAD ALEF URBANOMARGIN	170309	FISURA DEL PALADAR DURO	1 A 6 M 8 D	PESO: 10.00	TALLA: 75.00	-0.23	ADECUADO	1.26	TALLA BAJA	0.65	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
48914	245716	27/04/2021	14/11/2020	HUARANCA PACUMI M	AA HH PEDRO P URBANOMARGIN	40104	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 5 M 13 D	PESO: 8.35	TALLA: 70.00	0.8	ADECUADO	1.62	ADECUADA	-0.07	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
52361	246549	4/05/2021	2/12/2020	ARALONE CCSA YHON M	COMUNIDAD SAP URBANOMARGIN	30703	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 5 M 2 D	PESO: 6.44	TALLA: 0.59	-1.69	ADECUADO	-3.74	TALLA BAJA SEVERA	1.39	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO	
50631	247407	16/02/2021	15/10/2020	CALITRO BALGADO D F	ASOC. CARLOS BA URBANOMARGIN	40104	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 4 M 1 D	PESO: 4.72	TALLA: 57.00	-2.54	BAJO PESO	-2.41	TALLA BAJA	-0.81	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO	
42503	247244	29/02/2020	17/01/2020	ALCALA BELDARRAG M	CALE SAN MARTIN URBANO	40129	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 1 M 12 D	PESO: 3.95	TALLA: 55.00	-1.72	ADECUADO	-0.68	ADECUADO	-1.7	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
52184	248011	27/04/2021	10/10/2019	ESCOBEDO VILCA AL F	BR VIRGEN DE LA URBANO	21001	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	1 A 6 M 17 D	PESO: 9.00	TALLA: 75.00	-0.97	ADECUADO	-3.45	TALLA BAJA SEVERA	-0.6	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
48440	248030	16/11/2020	1/12/2019	MEDINA CHOCUECO F	CALLE AGUSTIN G URBANO	40201	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, UNILATERAL	0 A 11 M 15 E	PESO: 11.50	TALLA: 74.00	2.09	SOBREPESO	0.22	ADECUADO	2.31	ALTO	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	SOBREPESO	TERMINO	
39431	248408	8/11/2019	27/08/2019	MACHACA MAMANI M	CON SAN MATEO URBANO	210203	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 2 M 12 D	PESO: 3.50	TALLA: 52.90	-4.13	BAJO PESO SEVERO	-3.35	TALLA BAJA SEVERA	-1.54	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO	
31357	250013	10/07/2018	29/05/2018	PARI MAMANI MATE M	JOSE CARLOS MA URBANO	40103	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BIL	0 A 1 M 12 D	PESO: 4.70	TALLA: 52.00	-0.36	ADECUADO	-2.14	TALLA BAJA	1.84	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
46643	250029	12/09/2020	12/08/2020	FLORES CHAMBI LUC M	SAN ISIDORO MZ A URBANO	40111	FISURA DEL PALADAR DURO	0 A 1 M 10 D	PESO: 4.50	TALLA: 51.00	-0.02	ADECUADO	-1.94	ADECUADO	2	ALTO	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO	
46689	250031	21/10/2020	23/08/2020	ARENAS COLQUE ABI F	AV SALAVERRY 51 URBANO	40122	FISURA DEL PALADAR DURO	FISURA DE PALADAR	0 A 1 M 29 D	PESO: 5.00	TALLA: 55.00	-1.11	ADECUADO	-0.92	ADECUADO	0.94	NORMAL	NO CORRESPONDE	CORRESPONDO	CORRESPONDO	EUTROFICO	TERMINO
53496	251157																					

51673	261315	6/04/2021	30/07/2020	QUISEP RIOS ANEYLA F	JR. FRANCISCO BCURBANO	210201	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 8 M 7 D	PESO: 7.4	TALLA: 64.00	-0.65	ADECUADO	-2.13	TALLA BAJA	0.85	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
51531	261327	29/03/2021	24/02/2020	APAZA BENAVENTE I M	COM. LUCAS URBANOMARGIN	210201	FISURA DEL PALADAR DURO		1 A 1 M 5 D	PESO: 9.65	TALLA: 74.00	-0.23	ADECUADO	-1.25	ADECUADO	0.34	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
48812	261329	12/01/2021	30/09/2020	VILCA QUINTO ERVA M	CALLE FIROMEND URBANO	211101	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 3 M 12 D	PESO: 5.94	TALLA: 59	0.95	ADECUADO	-1.67	ADECUADO	0.59	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
47585	261336	22/12/2020	15/09/2020	APAZA CHUQUICALLAC	JR TAMBOMACHA URBANO	211101	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 3 M 7 D	PESO: 6.50	TALLA: 57.00	0.68	ADECUADO	-1.56	ADECUADO	2.38	ALTO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
56187	262136	28/09/2021	18/07/2018	CHARCA FLORES KIA F	JR PALOMANI 345 URBANO	210101	FISURA DEL PALADAR BLANDO, UNILATERAL		3 A 2 M 10 D	PESO: 14.00	TALLA: 95.00	-0.14	NO CORRESP/N	-0.08	NO CORRESP/N	0.03	NO CORRESP/N	p46	15.5 PESO NORMAL			EUTROFICO	TERMINO
48105	262370	7/11/2020	29/07/2020	ANCO ZAPANA THIA M	ASOC. CIUDAD DE URBANOMARGIN	40128	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 3 M 9 D	PESO: 4.50	TALLA: 58.00	-3.17	BAJO PESO SEVERO	-2.05	TALLA BAJA	-2.22	BAJO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION AGUDA	TERMINO
49615	262667	6/01/2021	30/11/2020	COSI CONDORI LIAM M	JR. CALLE NUEVA I URBANOMARGIN	211101	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 1 M 6 D	PESO: 3.60	TALLA: 52.50	-2.02	BAJO PESO	-1.57	ADECUADO	-0.58	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION AGUDA	TERMINO
44481	263679	16/06/2020	11/03/2020	CASTILLO TURJO THIA M	CALLE PUNO 733 URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 3 M 5 D	PESO: 5.50	TALLA: 50.00	-1.41	ADECUADO	-1.41	ADECUADO	-0.27	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
56546	263716	13/10/2021	14/03/2020	ILAPA QUICARA SEB M	AV SAN MARTIN 4 URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR DURO		1 A 6 M 30 D	PESO: 8.70	TALLA: 79.50	-2.21	BAJO PESO	-1.36	ADECUADO	-2.92	BAJO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION AGUDA	TERMINO
35811	264990	4/05/2019	4/02/2019	HANCO PASO LIAM M	COMUNIDAD CCO URBANOMARGIN	80104	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 3 M 0 D	PESO: 4.98	TALLA: 55.00	-2	BAJO PESO	-3.04	TALLA BAJA SEVERA	0.81	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
42498	265499	4/02/2020	5/09/2019	TINCA HUAHUAMULLI M	AVENIDA LAS GAR URBANO	211101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		0 A 4 M 29 D	PESO: 6.70	TALLA: 62.00	-1.02	ADECUADO	-1.85	ADECUADO	0.51	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
51572	265513	30/03/2021	16/05/2019	VILCA CHAMBI ADEL F	JR JAUREGUI 1261 URBANO	211101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		1 A 10 M 14 C	PESO: 14.80	TALLA: 85.50	2.19	SOBREPESO	0.14	ADECUADO	2.63	ALTO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	SOBREPESO	TERMINO
57219	266128	25/01/2022	20/10/2021	CALLUSANA ARIAS LU F	PEDRO RUIZ GALLU URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR BILATERAL, SIN OTRA ES		0 A 3 M 5 D	PESO: 5.90	TALLA: 60.00	-0.07	ADECUADO	-0.11	ADECUADO	0.15	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
57216	266146	2/11/2021	5/10/2021	CHALCO SALCCA GAE M	PSI Q2 VILLA PARA URBANO	211101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		0 A 0 M 28 D	PESO: 3.24	TALLA: 50.00	-2.13	BAJO PESO	-2.25	TALLA BAJA	-0.53	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
55780	267414	4/10/2021	7/09/2021	VILLAGOMEZ SANTA I F	AV. EL SOL PUEBLU URBANO	40112	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SIN OTRA ES		0 A 0 M 27 D	PESO: 3.18	TALLA: 50.00	-1.23	ADECUADO	-1.67	ADECUADO	-0.58	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
57552	267679	29/01/2022	19/10/2021	ANCO BARRA DAV M	ASOC CIUDAD DE URBANOMARGIN	40101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		0 A 3 M 6 D	PESO: 6.00	TALLA: 62.00	-0.7	ADECUADO	0.02	ADECUADO	-0.82	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
44363	267681	12/08/2020	27/05/2020	LOPEZ CHAMBI DIEG M	AV GONYENCE 2 URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 2 M 16 D	PESO: 4.60	TALLA: 58.50	-2.18	BAJO PESO	-0.77	ADECUADO	-2.27	BAJO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
57003	268718	26/10/2021	19/09/2021	YUCRA ARAPIA ANGE M	AH. VILLA SAN AN URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR BILATERAL		0 A 1 M 7 D	PESO: 4.65	TALLA: 54.00	-0.13	ADECUADO	-0.81	ADECUADO	0.68	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
57110	269605	30/11/2021	24/10/2021	NUÑEZ PALDOMINO Z F	VILLA FLORIDA CO URBANO	40127	FISURA DEL PALADAR DURO		ALTERACION EN R	FALTAN DATOS													
55829	269627	15/09/2021	16/10/2020	YANA LAURA MILAGI F	CENTRO POBLADU URBANOMARGIN	210210	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 10 M 30 C	PESO: 6.30	TALLA: 64.00	-2.73	BAJO PESO	-3.47	TALLA BAJA SEVERA	-0.96	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
50252	270722	3/02/2021	28/11/2020	SULCA GARCIA VAN E F	PPJJ JOSE OLAYA 2 URBANO	40103	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 2 M 5 D	PESO: 4.20	TALLA: 55.00	-1.76	ADECUADO	-1.29	ADECUADO	-0.94	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
58223	271087	13/12/2021	28/07/2021	RAMIREZ COLQUE AE M	CALLE 4 DE OCTUB URBANO	80801	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		0 A 4 M 16 D	PESO: 7.61	TALLA: 64.00	0.41	ADECUADO	-0.46	ADECUADO	1.06	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
51164	271195	10/04/2021	8/03/2021	MINGA REVILLA EDW M	PARCELA ASEN E3 URBANOMARGIN	40520	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 1 M 2 D	PESO: 5.20	TALLA: 53	0.98	ADECUADO	-1.05	ADECUADO	2.19	ALTO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
57397	271402	15/12/2021	11/08/2020	RAMOS SEBASTIAN J M	MZ. H LOTE 19 ALT URBANO	130101	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		1 A 4 M 4 D	PESO: 9.88	TALLA: 74.00	-0.6	ADECUADO	-2.45	TALLA BAJA	0.63	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
57218	271689	2/11/2021	25/05/2021	LIMACHI QUSPE KEL F	C.P CHOQUECHAC URBANO	211301	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		0 A 5 M 8 D	PESO: 5.59	TALLA: 60.5	-1.85	ADECUADO	-1.8	ADECUADO	-0.7	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
58433	272011	26/01/2022	9/12/2021	AYALA CHIPA JOSE G M	LITUPARA MZ U1 URBANOMARGIN	40128	FISURA DEL PALADAR DURO Y DEL PALADAR BLA		0 A 1 M 17 D	PESO: 5.20	TALLA: 56.00	0.09	ADECUADO	-0.48	ADECUADO	0.71	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
49788	272013	12/01/2021	10/03/2020	APAZA MAMANI JER. M	COM. KAPANI URBANOMARGIN	210709	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 10 M 2 D	PESO: 10.10	TALLA: 74.50	0.86	ADECUADO	0.46	ADECUADO	0.75	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
58553	272599	29/12/2021	7/03/2021	HUILICA PUMA YAM F	COMUNIDAD HUII URBANOMARGIN	80507	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 9 M 22 D	PESO: 3.74	TALLA: 54.00	-0.71	BAJO PESO SEVERO	-6.99	TALLA BAJA SEVERA	-1.61	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
58880	273075	18/01/2022	7/12/2021	HALLA JOSY QUSPE DE M	HH LUJ PEDREGAL URBANOMARGIN	40520	FISURA DEL LA UVULLA		3 A 1 M 11 D	PESO: 14.80	TALLA: 96.50	0.16	NO CORRESP/N	0.16	NO CORRESP/N	0.18	NO CORRESP/N	p48	15.9 PESO NORMAL			EUTROFICO	TERMINO
54223	273774	31/08/2021	25/06/2021	LINGA SOTO CRISTHA M	EMBAJADA DE JAF URBANO	40103	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 2 M 6 D	PESO: 3.45	TALLA: 52.00	-3.97	BAJO PESO SEVERO	-3.51	TALLA BAJA SEVERA	-1.05	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
52804	273798	18/05/2021	4/04/2021	CUNO ALCOS ENGEL M	JR SAN MARTIN 5 URBANO	210109	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 1 M 14 D	PESO: 3.6	TALLA: 53.00	-2.46	BAJO PESO	-1.76	ADECUADO	-1.31	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
48889	284423	3/02/2021	14/11/2020	JARA LUNA MATHEO M	AV. CHACHANI 12 URBANO	40103	FISURA DEL PALADAR, LINEA MEDIA		0 A 2 M 19 D	PESO: 6.60	TALLA: 61.50	0.64	ADECUADO	0.52	ADECUADO	0.57	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
23734	284431	3/04/2017	2/09/2016	VELASQUEZ BANDA I F	C.H. DEAN VALDIV URBANOMARGIN	40101	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 7 M 1 D	PESO: 6.70	TALLA: 66.00	-1.09	ADECUADO	-0.56	ADECUADO	-1.07	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
34394	284440	20/01/2022	12/11/2018	QUSPIS QUSPE MIRI F	P.J JUAN XX23 Y -1 URBANO	40110	FISURA DEL PALADAR DURO		3 A 2 M 8 D	PESO: 14.00	TALLA: 96	-0.13	NO CORRESP/N	0.18	NO CORRESP/N	0.18	NO CORRESP/N	p46	15.2 PESO NORMAL			EUTROFICO	TERMINO
45596	284883	8/08/2020	7/07/2020	ABARCA MACERA JO M	ASOC CIUDAD DE URBANOMARGIN	40102	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 1 M 1 D	PESO: 4.80	TALLA: 52.00	0.44	ADECUADO	-1.5	ADECUADO	2.02	ALTO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	SOBREPESO	TERMINO
48856	285250	5/01/2021	5/11/2020	MAMANI LUNA JOH M	CALLE SIMON BOL URBANO	40123	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 2 M 10 D	PESO: 5.80	TALLA: 59.50	0.34	ADECUADO	0.54	ADECUADO	0.08	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
43302	285855	2/06/2020	6/03/2020	ANARI MEDINA LUCI F	CALLE VICTORIA 1 URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 2 M 27 D	PESO: 5.10	TALLA: 61.00	-0.98	ADECUADO	0.71	ADECUADO	-2.23	BAJO	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION AGUDA	TERMINO
51106	286668	6/04/2021	1/03/2021	INCA GRANDE LUIS F M	JOSE SANTOS ATA URBANO	40104	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 1 M 5 D	PESO: 4.6	TALLA: 57.00	-0.15	ADECUADO	0.79	ADECUADO	-1.23	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
59613	286685	8/02/2022	5/12/2019	SUMERENTE MAMAN F	JR TUPAC AMARU URBANO	210101	FISURA DEL PALADAR DURO		2 A 2 M 3 D	PESO: 13.00	TALLA: 85.00	0.43	NO CORRESP/N	-0.74	NO CORRESP/N	1.3	NO CORRESP/N	p87	18 PESO NORMAL			EUTROFICO	TERMINO
59790	287375	15/02/2022	19/07/2020	HANCCO CORNEJO F M	URB.TTIO A-7JR. URBANO	80101	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SIN OTRA ES		1 A 6 M 27 D	PESO: 11.80	TALLA: 78.00	0.52	ADECUADO	-1.88	ADECUADO	1.63	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
46490	287399	9/09/2020	4/05/2020	QUSPIS CCALLO ALEI M	CENTRO POBLADU URBANOMARGIN	211301	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 4 M 5 D	PESO: 5.65	TALLA: 60	-2	BAJO PESO	-2.06	TALLA BAJA	-0.4	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
54985	298323	31/08/2021	28/07/2021	IBARRA TITO IAN AN M	JOSE GALVEZ MZ URBANO	40109	FISURA DEL PALADAR UNILATERAL, SIN OTRA ES		0 A 1 M 3 D	PESO: 3.45	TALLA: 52.00	-2.12	BAJO PESO	-1.63	ADECUADO	-1.05	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	TERMINO
50255	308784	4/03/2021	10/01/2021	SACCO MAYTA ANGEI M	ASOC. DE VIV PRO URBANO	40128	FISURA DEL PALADAR DURO		0 A 1 M 25 D	PESO: 4.48	TALLA: 56	-1.32	ADECUADO	-0.77	ADECUADO	-0.89	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	EUTROFICO	TERMINO
60094	308861	8/03/2022	3/02/2022	COLQUE HUAMANI Y M	VILLA LA JOYA MZ URBANO	40108	FISURA DEL PALADAR DURO Y #NOMBRE?		0 A 1 M 5 D	PESO: 2.90	TALLA: 50.00	-3.25	BAJO PESO SEVERO	-3	TALLA BAJA SEVERA	-1.3	NORMAL	NO CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	CORRESP/N	DESNUTRICION CRONICA	PRETERMINO
58659	309105	8/02/2022	4/01/2022	SOTO CANAZA THIA M	13 DE AGOSTO MZ URBANO	40101	FISURA DEL PALADAR DURO Y																