

Caracterización de los pacientes con labio fisurado o paladar hendido atendidos en la Fundación Gracias a Dios un Niño Sonríe (2007-2014)

Characterization of patients with cleft lip and palate treated at the Fundación Gracias a Dios un Niño Sonríe (2007-2014)

COLCIENCIAS TIPO 1. ARTÍCULO ORIGINAL

RECIBIDO: NOVIEMBRE 29, 2015; ACEPTADO: DICIEMBRE 14, 2015

María Camila Arias Gómez, MD

Esteban Vivas Erazo, MD

Javier Estiven Cuero, MD

Mónica Cabrera Tello
motorrino2000@yahoo.com

Luz Dary González
publica@usc.edu.co

Universidad Santiago de Cali, Colombia

Resumen

Conocer las características más importantes de los pacientes con malformación de labio fisurado y paladar hendido que fueron atendidos en la ciudad de Cali, en la Fundación Gracias a Dios un Niño Sonríe, durante el periodo 2007-2014, permite lograr un mejor plan de atención a este tipo de pacientes, no solo dentro de la Fundación, sino también en el sector público de salud, encargado de atender a las gestantes y a los niños en sus primeras etapas de crecimiento y desarrollo. El estudio se realiza en una población específica que se ha intervenido quirúrgica e integralmente y permite describir variables sociodemográficas y factores de riesgo asociados a la patología, resaltando dentro de las variables sociodemográficas la etnia, la edad, el género, y los antecedentes familiares y toxicológicos. Se encontraron coincidencias importantes y algunas diferencias respecto de otros estudios realizados sobre esta materia.

Palabras Clave

Labio fisurado; paladar hendido; LFPH.

Abstract

Knowing the most important characteristics of patients with malformation of cleft lip and cleft palate, who were seen in the city of Cali, at Fundación Gracias a Dios un Niño Sonríe, since 2007 to 2014, allows a better care plan for these patients, not only within the Foundation, but also in the public health sector, responsible for caring pregnant women and children in their early stages of growth and development. The study is conducted in a specific population that has intervened surgical and integrally and allows describe sociodemographic variables and risk factors associated pathology, highlighting in sociodemographic variables: ethnicity, age, gender, and family and toxicological background. Important similarities and some differences from other studies on this subject were found.

Keywords

Cleft Lip and palate; cleft lip; split palate.

I. INTRODUCCIÓN

El labio fisurado y paladar hendido es el tipo más frecuente de hendidura oro facial y de malformación congénita de cabeza y cuello alrededor del mundo. Se trata de una malformación a nivel de las estructuras orofaringonasales producida entre la cuarta y doceava semana de gestación.

Para su tratamiento integral se requiere de un equipo multidisciplinario, lo cual representa una importante carga económica para los Sistemas de Salud y para la familia del paciente. Aunque la corrección quirúrgica de la malformación ha sido estudiada ampliamente y las técnicas quirúrgicas para ello han evolucionado con rapidez, estudios epidemiológicos y sociales que permitan apoyo a los pacientes y las familias se encuentran en etapas iniciales.¹

La caracterización de la población afectada por la malformación congénita de labio fisurado y paladar hendido que fueron intervenidos quirúrgicamente en la Fundación “Gracias a Dios un niño sonrío” durante el periodo 2007-2014, permite identificar y actualizar las características de la población para plantear estrategias de gestión que brinden a los pacientes y sus familias posibilidades para su intervención integral.

Se conoce gracias a este trabajo, las principales características sociodemográficas, y la oportunidad de acceso a los servicios de atención en salud, la discapacidad temporal del paciente y el efecto psicológico y social para la familia como riesgos asociados a su patología.

II. MÉTODO

Objetivos

El objetivo general de este documento es caracterizar a los pacientes con labio fisurado y paladar hendido, atendidos en la Fundación en el periodo 2007-2014 en Cali. Sus objetivos específicos son: describir sus características sociodemográficas (género, edad, estrato, procedencia, servicio de salud, residencia); e identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de las patologías en la población objeto de estudio

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en la Fundación, durante el periodo indicado. Se trata de un estudio de prevalencia, donde se consideraron variables cuantitativas y cualitativas que incluyen características

sociodemográficas, socioeconómicas y la oportunidad de acceso a los servicios de atención en salud. Esta información fue recopilada de las historias clínicas de pacientes con Labio Fisurado y/o Paladar Hendido [LFPH] que se encuentran en custodia en la Fundación.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyen historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LFPH que consultaron la Fundación en el periodo 2007-2014; se excluyen las historias clínicas incompletas.

III. RESULTADOS

Se revisaron 241 historias clínicas que cumplían con los criterios fijados, de ellas se obtuvieron los siguientes resultados:

- Respecto del género, se encontró que es prevalente el masculino, con un porcentaje de 59% (142 pacientes).
- El 80,5% (194 pacientes) vive en el departamento del Valle del Cauca (Figura 1).
- El municipio del departamento que aporta mayor número de pacientes es Santiago de Cali, con 151 casos, seguido por Jamundí y Palmira cada uno con ocho pacientes.
- El 78.8% de los pacientes (190 personas) es originario del Valle del Cauca (Figura 2).
- La etnia prevalente es la mestiza, con 215 pacientes (89.2%), como se observa en la Figura 3.
- Se encontraron edades extremas, desde neonatos de 45 días hasta personas adultas mayores de 60 años, el intervalo para cada rango se realizó por quinquenios, para facilitar el análisis estadístico.
- Las edades en las que se realizaron más intervenciones quirúrgicas fueron aquellas que se encontraban dentro del rango de 6 a 10 años, con 51 pacientes (21%), seguida del rango 11 a 15 años con 47 pacientes (19.5%) (Figura 4).
- Las edades de menor prevalencia fueron las ubicadas en los rangos de 46 a 50 años y de 56 a 60 años, cada una con dos pacientes. Esto evidencia fallas en el acceso oportuno al sistema de salud, pues la resolución de su problema se presentó en su etapa como adultos mayores, cuando el problema debió ser tratado en la primera infancia (Figura 4).
- El 68.9% de los pacientes (166 personas) que atendió la Fundación nacieron a término; 11,2 % nació con 38 semanas y 1,7% con 39 semanas, datos que también entran dentro de la definición de recién nacido a término (Figura 5).

Figura 1. Pacientes atendidos s/n lugar de vivienda

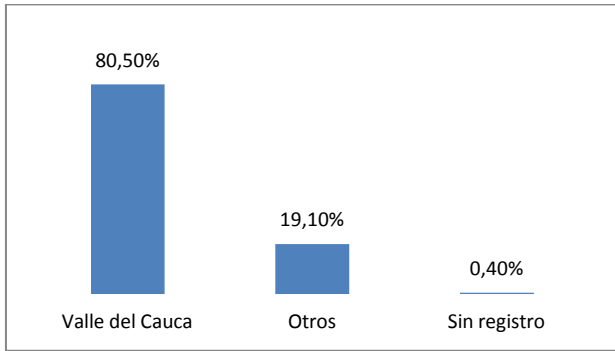


Figura 5. Pacientes atendidos s/n semanas de gestación (%)

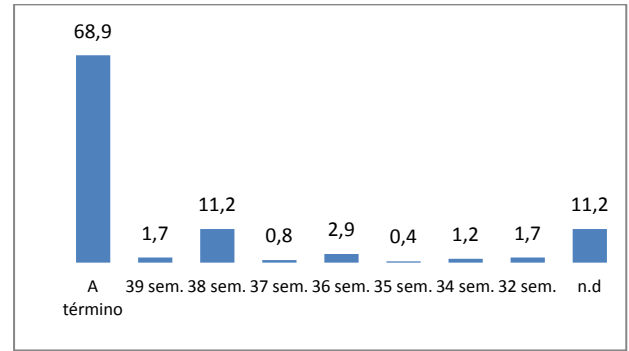


Figura 2. Pacientes atendidos s/n origen

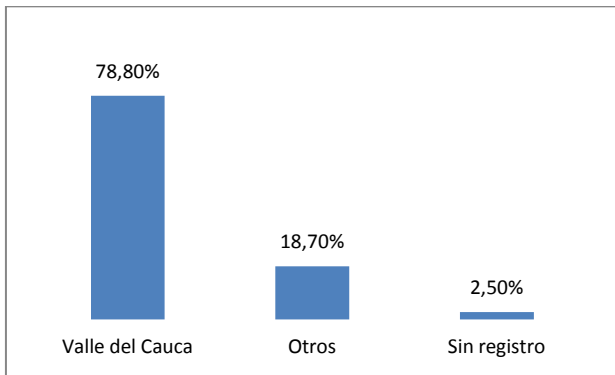


Figura 6. Pacientes atendidos y complicaciones al nacer

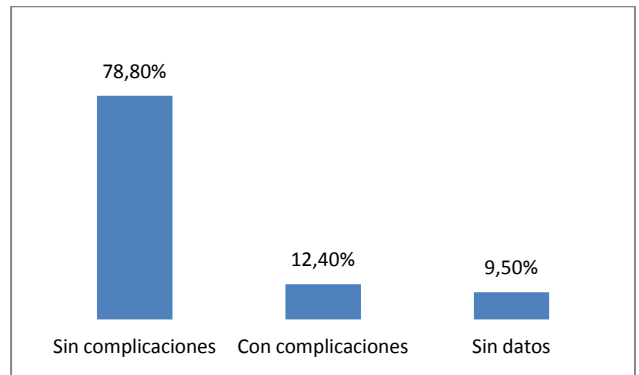


Figura 3. Pacientes atendidos s/n etnia

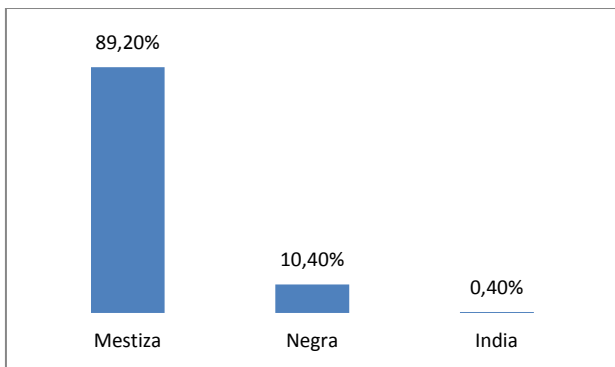


Figura 7. Tipo de complicación al nacer (%)

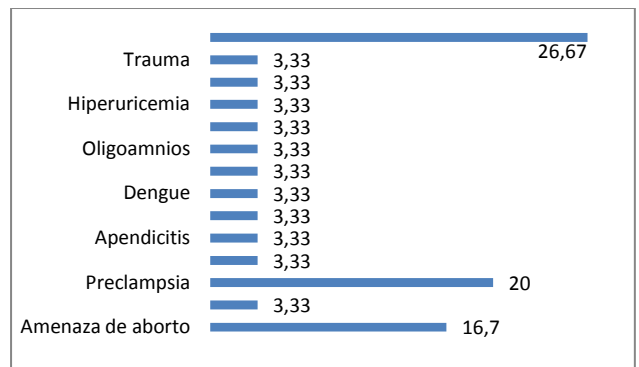


Figura 3. Pacientes atendidos s/n rango de edad

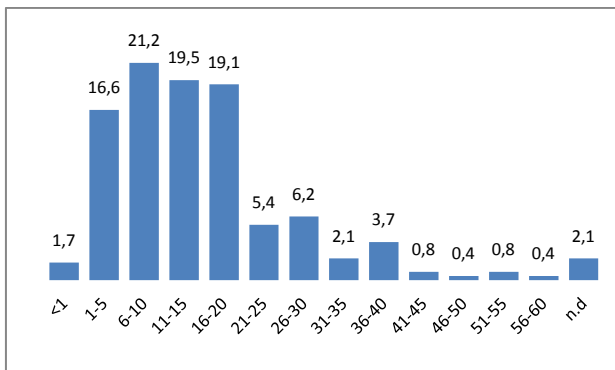
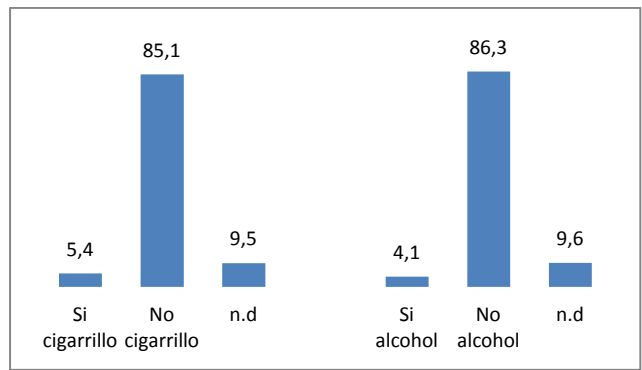
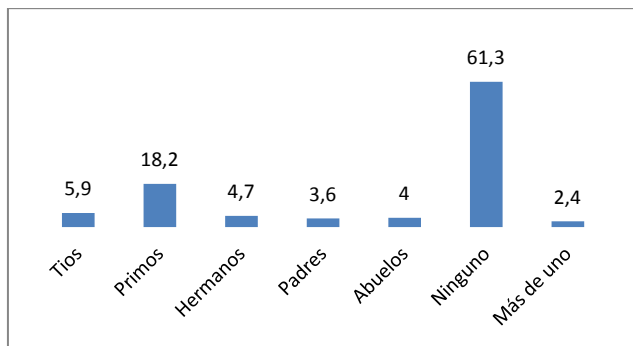


Figura 8. Consumo de cigarrillo y alcohol durante la gestación



- En cuanto a si hubo o no complicaciones durante el embarazo se identificó que el 78.0% (188 pacientes) no había sufrido ninguna complicación conocida durante la gestación, mientras que solo el 12.4% (30 pacientes) las tuvo (Figura 6).
- En los 30 casos que presentaron complicaciones durante el embarazo, la complicación más frecuente fue la pre-eclampsia, con 20.0% de los casos; la siguiente complicación fue la amenaza de aborto con 16.7%. Todas las demás complicaciones encontradas tuvieron el mismo peso relativo (3,33%), mientras que algo más de la cuarta parte (26.7%) no presentaba datos registrados (Figura 7).
- De los antecedentes toxicológicos, se evaluó el consumo de cigarrillo y alcohol, por parte de las madres durante el embarazo. Se encontró que solo una minoría consumió cigarrillo o alcohol, 5,4% y 4,1% respectivamente (trece y diez casos). El 9.5% de los casos no contaba con registro de algún antecedente toxicológicos.
- Los antecedentes familiares de labio fisurado y paladar hendido encontrados dentro del primer linaje fueron: los padres con 3.6% y los hermanos 4.7%, lo que corresponde a los porcentajes más bajos dentro de los familiares; los tíos representaron el 5.9% y los primos el 18.2% (46 primos y 15 tíos); y los abuelos, el 4.0%.
- 155 pacientes (61,3%), es decir la mayoría, no tenían antecedentes familiares. Se aclara que seis pacientes (2,4%) tuvieron más de un familiar con antecedente de labio fisurado y paladar hendido (Figura 9).

Figura 9. Antecedentes familiares de LFPH



IV. DISCUSIÓN

Ninguna otra deformidad congénita tiene el potencial de alterar la forma facial de manera tan perceptible como lo hace el labio y el paladar hendido². Se ha informado una incidencia de 1:500 nacidos vivos en Europa, 1:1000 en

Estados Unidos y en Colombia³. Esta afección se manifiesta a través de síntomas característicos que afectan los mecanismos respiratorios, deglutorios, de articulación del lenguaje, audición y voz.

Esta malformación repercute, no solo a nivel estético, sino también en el plano afectivo y social, al involucrar diferentes dimensiones del individuo porque puede verse, oírse y palpase.³

En el presente estudio, el labio fisurado y/o paladar hendido se presentó con más frecuencia en el sexo masculino, Duque y otros describieron también, que es más frecuente en hombres que en mujeres, en una relación 2:1, en un estudio donde, dentro de un total de 192 menores incluidos, 111(57,8%) eran varones y 79 (41.1%) mujeres³.

En su estudio, Sacsquispe, Bonett y Yasbel encontraron que de los 44 casos de labio fisurado y/o paladar hendido, el 55% de los casos correspondía al sexo masculino⁴. Corresponde entonces con el reporte de diferentes estudios a nivel mundial sobre la prevalencia en el sexo masculino.

En cuanto a la etnia, hubo gran discrepancia entre los estudios analizados, lo cual puede deberse a una falta de homogeneidad de los modelos con los cuales se recopiló la historia clínica, a las muestras recolectadas, algunas con pacientes que venían de diferentes áreas geográficas o de la misma región, pero con diferentes orígenes étnicos y raciales.

En el presente estudio la etnia más frecuente fue la mestiza, dato que no se correlaciona con lo citado por León, Sesman y Fernández, quienes en su estudio encuentran que la incidencia más común fue en asiáticos (1 por cada 500 nacimientos), seguida por la caucásica (1 por cada 750 nacimientos) y con menor frecuencia aún en afroamericanos (1 por cada 2.000 nacimientos).²

Es de resaltar que en el presente estudio se muestra un porcentaje de 10.4%, en la etnia negra, lo que difiere de lo reportado en estudios como los realizados por González⁵ en 2010 y Bermúdez⁶ en 2000, en los cuales, la raza con menos presencia fue la negra.

Respecto de la procedencia, se evidenció que fueron atendidos en la Fundación 194 pacientes del departamento del Valle del Cauca (80.5%), pero no se encontró literatura para correlacionar este dato. Tampoco en el relacionado con el origen de los pacientes.

De las historias clínicas de pacientes provenientes de otros departamentos diferentes al Valle del Cauca se encontró que trece eran de Nariño, diecinueve del departamento del Cauca y, como dato destacado, un paciente de origen y procedencia panameña. En general el municipio de Santiago de Cali encabeza la lista con 154 pacientes.

La edad del paciente fue tomada respecto de su última intervención quirúrgica, lo cual, hace difícil identificar, cuál es la edad donde el paciente fue intervenido por primera vez, dato crucial, para saber si la intervención primaria fue oportuna. La edad más frecuente de última intervención quirúrgica se observó entre los 6-10 años, seguida de 11-15 años y 16- 20 años, con un porcentaje del 21,2%, 19,5% y 19,1%, respectivamente.

En cuanto al tiempo de gestación al nacimiento, más del 50% de los pacientes atendidos cumplió su gestación completa, pero en la literatura no se evidencia si los nacidos vivos son a término o pre-término. Se encontró que el 78% de las madres de los pacientes no tuvo complicaciones durante el embarazo, y que solo el 12,4% si lo tuvo (de los restantes, se tenían datos). En su estudio, Duque et al encontraron que durante el primer trimestre del embarazo 70 (72,9%) madres no informaron enfermedades y 26 (27,1%) si lo hicieron³. En cuanto a la relación de enfermedad materna en el embarazo Sacsquispe et al., hallaron que el 50% de las madres sufrió alguna enfermedad en el embarazo, y que la anemia fue la más común, seguida por la preeclampsia, la amenaza de aborto y las infecciones intrauterinas⁴.

El presente estudio concuerda con Sacsquispe et al., en que unas de las primeras complicaciones presentes sean la pre eclampsia y amenaza de aborto pero s diferencia de este en la no presencia de anemia.

En el estudio realizado por Duque et al, se encontró que solo dos madres manifestaron ser fumadoras y cinco mencionaron haber consumido alcohol. Kallen indicó que el cigarrillo durante el embarazo está asociado con el aumento de riesgos de fisuras de labio y paladar hendido al igual que el consumo de licor y de anticonvulsivantes.³

Lo anterior podría estar relacionado con lo encontrado en nuestro estudio, donde trece madres (5,4%) fumaron cigarrillo y diez (4,1%) consumieron alcohol. Sin embargo, no fue posible establecer la relación de causa efecto, por no ser objetivo de este estudio. Cabe destacar que 9.5% de las historias no registró antecedentes toxicológicos.

Acerca de la historia familiar positiva; Duque et al encontraron que, de 95 casos informados en relación con el grado de parentesco, 26 (17,4%) presentaron familiares con historia positiva de fisura y 69 (72,6%) no; once (11,6%) casos se presentaron en tíos o primos de segundo grado³.

Sacsquispe et al., encontraron que solo el 11,4% de los casos presentó antecedentes familiares, sin embargo, otros estudios han determinado que la historia familiar positiva es un factor de riesgo importante⁴. No obstante, se evidenció que 61,3% de los casos informados no tenía relación con el grado de parentesco, 46 (18.2%) casos se presentaron en primos y quince (5.9%) en tíos.

García encontró que aproximadamente entre el 33% y 36% de fisura de labio y paladar tiene una historia familiar de este defecto, por lo tanto, esta malformación tiene una evidente relación familiar. El riesgo para el primer grado de consanguinidad de individuos afectados (padres, hermanos y descendientes), sería casi del doble de la población en riesgo y menor para los de segundo grado (tíos, tías, medios hermanos).⁵

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las variables sociodemográficas estudiadas reportan que los pacientes con patología de labio fisurado y paladar hendido atendidos en la Fundación Gracias a Dios un niño Sonríe entre 2007 y 2014 son principalmente de sexo masculino, de etnia mestiza y de origen y procedencia del departamento del Valle del Cauca.

De otro lado, las dos terceras partes, equivalentes al 68.9% de los pacientes atendidos en la Fundación, nacieron dentro de la semana 40 de la gestación, y el 78% no tuvo complicaciones durante el embarazo.

En el 12,4% de los pacientes incluidos –cuyas madres tuvieron complicaciones durante el embarazo–, se observó que el 20% de estas complicaciones correspondió a preeclampsia.

El 33.2% de las madres de los pacientes requirió de cesárea durante el parto, pero esto no se considera factor de riesgo por sí solo. Se requiere mayor información sobre la causa de su cesárea.

El consumo de cigarrillo y alcohol en las madres durante el embarazo es de 5.4% y 4.1%, respectivamente. Aunque estas variables podrían ser consideradas factor de riesgo, se requieren estudios adicionales para confirmarlo.

El 61.3% de los pacientes no tenía antecedente familiar de la enfermedad, pero en aquellos que sí tenían el antecedente, lo más frecuente fue tener primos con la malformación (18,2%); el caso de tener dos o más familiares con la patología llegó al 2,4%, constituyéndose en un probable factor de riesgo por el componente genético para adquirir la enfermedad, tal como lo reporta la literatura.

Finalmente cabe resaltar que realizar esta caracterización hizo posible evidenciar la diferencia con otros estudios donde la etnia negra presentó un mayor porcentaje respecto de la indígena. Igualmente deja ver cómo los servicios de salud para esta población no fueron oportunos al permitir algunos casos llegaran a la edad adulta sin la resolución de un problema de nacimiento, que podría haber sido corregido tempranamente.

Durante la investigación se encontraron varias historias clínicas incompletas, se recomienda que el personal encargado de consignar los datos, lo haga de la manera más precisa y completa posible, para evitar sesgos en futuras investigaciones.

Se recomienda continuar con otras investigaciones que profundicen en factores de riesgo y posibles causas de esta patología.

VI. REFERENCIAS

- [1] Acuña-González, G., Escoffie-Ramírez, M., Medina-Solis, C. E., et al. Caracterización epidemiológica del labio y/o paladar hendido no sindrómico Estudio en niños de 0-12 años de edad en Campeche e Hidalgo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2009; 66(1):50-58.
- [2] León J, Sesman A, Fernandez G. Vertical closing in lip cleft. Report of 837 cases and review of the literature. *Cirugía plástica Ibero-latinoamericana*. 2008 Septiembre; 34(3):175-182.
- [3] Sacsquispe SJ, Bonett O, Yasbel L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. *Rev. estomatol. Hered*. 2004; 14(1/2):54-58.
- [4] García V. Estudio clínico-epidemiológico y logo foniatrico de niños operados por fisura labio palatina. [tesis de maestría]. [La Habana, Cuba: Instituto Superior de Ciencias La Habana]; 2008.
- [5] González R. Análisis situacional en salud de los pacientes con labio fisurado y paladar hendido (Caso Clínica Odontológica de la Universidad Santiago de Cali, 2002 – 2006).
- [6] Bermúdez L. Apuntes sobre la cirugía de paladar hendido; 2012, junio 5. Recuperado de: http://www.susmedicos.com/art_paladar_hendido.htm

CURRÍCULOS

María Camila Arias Gómez, MD. Médico Interno de la Universidad Santiago de Cali (Colombia).

Esteban Vivas Erazo, MD. Médico Interno de la Universidad Santiago de Cali (Colombia).

Javier Estiven Cuero Portocarrero, MD. Médico Interno de la Universidad Santiago de Cali (Colombia).

Mónica Cabrera Tello. MD. Médico, Especialista en Otorrinolaringología.

Luz Dary González Restrepo. Instrumentadora Quirúrgica, Magister en Salud Pública.