

Estado nutricional de niños afectados por fisuras labiopalatinas

Nutritional status of children suffering cleft lip and palate

MSc. Dr. Carlos Evaristo Zamora Linares, MSc. Dr. Juan Guillermo Bauzá López

Hospital Pediátrico Universitario "Hermanos Cordové". Granma, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de malnutrición en niños afectados por fisuras del labio asociadas a paladar hendido.

Métodos: estudio descriptivo de tipo transversal. La muestra consistió en 86 pacientes de edad comprendida entre 1 y 15 años, que fueron atendidos en el Hospital Pediátrico "Hermanos Cordové" de Manzanillo, Cuba, entre 1995 y 2010.

Resultados: predominó la desnutrición moderada, y los mayores índices se observaron en el grupo de menor edad.

Conclusiones: la prevalencia de desnutrición en este grupo resultó menor que la encontrada en otras muestras tomadas de poblaciones "normales".

Palabras clave: fisuras labiopalatinas, malnutrición, niños.

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of malnutrition in children suffering cleft palate-associated cleft lip.

Methods: a cross-sectional descriptive study. The sample was made up of eighty six 1-15 years-old patients who had been seen at "Hermanos Cordove" pediatric hospital located in Manzanillo, Cuba from 1995 to 2010.

Results: moderate malnutrition status prevailed and the highest indexes were observed in the smallest age group.

Conclusions: malnutrition prevalence in this group was lower than that found in other samples from "normal" child populations.

Keywords: cleft lip and palates, malnutrition, children.

INTRODUCCIÓN

Las fisuras del labio y del paladar están consideradas entre las malformaciones congénitas (MC) más graves de la región máxilofacial. La incidencia de esta entidad dismorfológica es variable según los distintos informes,¹⁻⁴ con cifras que alcanzan hasta 3 x 1 000 nacimientos como promedio en las estadísticas mundiales.

Los pacientes afectados por esta anomalía sufren la coexistencia de diversas enfermedades que agravan el marco patológico de su padecimiento. Dentro de esto último se destaca el retardo en el crecimiento corporal.

En el presente trabajo se estudia el estado nutricional de 86 niños con fisuras de labio asociadas a paladar hendido, que fueron atendidos en el Hospital Pediátrico Universitario "Hermanos Cordové" de Manzanillo, Cuba, en el período comprendido entre enero de 1995 y diciembre de 2010.

MÉTODOS

Se obtuvo una serie consecutiva de los expedientes clínicos de niños entre 1 y 15 años de edad, portadores de fisura labial asociada a fisura palatina, atendidos en el hospital "Hermanos Cordové" de Manzanillo, Cuba, entre enero de 1995 y diciembre de 2010. Se contaron 123 expedientes, de los cuales se escogieron 100 mediante el método probabilístico. Los pacientes fueron citados como parte de la consulta de seguimiento. Catorce no se presentaron a la cita, de este modo la muestra quedó constituida por 86 niños. Se habilitó un local y un personal de salud capacitado para la recogida de los datos. Al momento, estos pacientes habían recibido el tratamiento quirúrgico en relación con las fisuras, el cual se cumplimenta, convencionalmente, entre los 12 y 24 meses de edad.

Las mediciones antropométricas se realizaron por enfermeras calificadas y con experiencia en el ejercicio de la actividad. Se utilizaron instrumentos y técnicas reconocidas internacionalmente.⁵ Se tomó el kilogramo como unidad de medida del peso y el centímetro como unidad de medida de la talla.

En cada niño se establecieron los valores z de talla para la edad (desnutrición crónica), peso para la talla (desnutrición aguda) y peso para la edad (desnutrición global), según los indicadores recomendados por la OMS.⁶ Para considerar la prevalencia de retraso en el crecimiento se estableció un límite inferior de dos desviaciones estándar (2 DE) por debajo de la media de referencia en la población normal. Se consideró retardo moderado del crecimiento para valores de z entre -2 DE y -3 DE, y severo cuando $z < -3$ DE. Los valores de z para peso en relación con la talla > 2 se consideraron como sobrepeso. La prevalencia de cada grado de desnutrición se presenta de acuerdo con el porcentaje de niños en cada una de las escalas anteriormente descritas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta la distribución porcentual del grupo estudiado según los grupos de edad establecidos. En la tabla 2 se muestra la prevalencia de desnutrición moderada (< -2 DE) y desnutrición severa (< -3 DE). Es notable la disminución del

porcentaje de pacientes en ambas categorías en la medida que se incrementa la edad. Las prevalencias más elevadas se observaron en los valores de z para peso/edad. Las desviaciones extremas (-3 DE) tuvieron baja prevalencia en los 3 indicadores estudiados, y fueron nulos en la relación peso para la talla y talla para la edad en pacientes de 6 años o más, al igual que el peso para la edad en el grupo de 11 a 15 años.

Tabla 1. Distribución poblacional según grupos etarios

Edad (en años)	No. de pacientes	%
1-5	17	19,8
6-10	38	44,2
11-15	31	36,0
Total	86	100,0

Tabla 2. Prevalencia de desnutrición moderada y severa por grupos etarios*

Indicador	Grupos etarios	Valor Z	
		< -2 DE	< -3 DE
Talla/edad	1-5	5,9 %	5,9 %
	6-10	5,2 %	1-5
	11-15	3,2 %	0,0 %
Peso/talla	1-5	11,8 %	0,0 %
	6-10	2,6 %	0,0 %
	11-15	0,0 %	0,0 %
Peso/edad	1-5	11,8 %	5,9 %
	6-10	2,6 %	2,6 %
	11-15	3,2 %	0,0 %

*Frecuencia relativa (porcentaje) de niños por debajo de -2 DE y -3 DE según valores de referencia OMS

En la población aquí estudiada no se observaron valores indicativos de sobrepeso, al considerar en tal sentido el valor z de peso para talla > 2 DE.

DISCUSIÓN

La malnutrición es una de las causas más importantes de tasas altas de morbilidad infantil, que afecta entre el 20 y el 30 % de los niños en países en vías de desarrollo.⁷ La malnutrición secundaria es un síndrome acompañante de gran número de enfermedades, entre las que destacan las MC, infecciones respiratorias y digestivas, trastornos del metabolismo, sida, cáncer, entre otras.

El crecimiento de los niños se considera un indicador útil para la valoración del estado de salud y nutrición. La antropometría es en la actualidad una técnica sencilla que sirve para evaluar este indicador. Diversos estudios⁸⁻¹² han señalado los trastornos del crecimiento y desarrollo que sufren los niños afectados por fisuras bucales. La concurrencia de enfermedades respiratorias y digestivas en estos pacientes figura entre las principales causas que conllevan a tal situación.

Las referencias sobre el estado nutricional de la población infantil en general, son muy variables según los distintos informes, en lo que pueden influir los métodos y calidad del registro, el distinto nivel de desarrollo socioeconómico entre poblaciones, y las políticas sanitarias, entre otros factores.

Mora y otros¹³ realizaron un estudio en Colombia y encontraron índices de malnutrición global de 14,4 % (leve) y 5,6 % (severa). Por otra parte, en Guatemala, en una población de escolares entre 8 y 10 años de edad, se encontró una prevalencia de malnutrición de más del 25 % entre los niños de bajo nivel socioeconómico.¹⁴

En Argentina las tasas de prevalencia, según un estudio realizado en La Plata en niños de hasta 11 años de edad, alcanzaron cifras de 3, 15 y 9 % para la desnutrición aguda, crónica y global respectivamente.¹⁵ Así mismo, el grado de desnutrición crónica en niños de la Amazonia Ecuatoriana, alcanzó el 22,8 % según el estudio de *Buitrón*.¹⁶

Cuando se trata de niños con MC, este solo estado basta para tener un efecto negativo sobre el crecimiento y desarrollo, cuestión comentada al principio. En el caso de las fisuras bucales tal condición está además condicionada por la frecuencia de comorbilidad en estos pacientes. Las fisuras labiopalatinas afectan funciones importantes (sistema respiratorio y digestivo), que intervienen directa y decisivamente sobre la nutrición. Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos aquí con las diversas referencias sobre el tema, se nota que estos pacientes, aun cuando presentan prevalencias de malnutrición que no pueden soslayarse, y que superan las reportadas en otros estudios realizados en la población cubana,¹⁷ ocupan mejor posición que otras muestras obtenidas en varios países, de poblaciones sin MC.¹³⁻¹⁶

En este trabajo, el grupo más afectado fue el menor de 5 años, lo que se corresponde con el reconocimiento general de que las edades tempranas (primeros 2 años de vida) tienen la prevalencia más elevada en todas las formas de malnutrición.

El modelo de atención establecido por el Minsap de Cuba ha impulsado programas dirigidos a la reducción de la desnutrición en la población general. La infancia, de manera especial, y particularmente los niños con discapacidades, son objetivo prioritario en las políticas sanitarias del país. Esto pudiera haber influido en las tasas relativamente bajas de prevalencia de desnutrición en la muestra estudiada, si consideramos que se trata de una población afectada, de principio, por una MC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nazer J, Constanza M, Cifuentes L. Evolution of prevalence rates of orofacial clefts in a maternity of a Chilean clinical hospital. *Rev Med Chile*. 2010;138:567-72.
2. Delgado OL, Lantigua A, Cruz G, Díaz C, Berdasquera D, Rodríguez S. Prevalencia de defectos congénitos en recién nacidos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007;23(3):121-8.
3. Torres A, Heredia J, López M, Santiesteban M. Incidencia de la fisura del labio y/o paladar en la provincia Holguín. *Correo Científico Médico de Holguín [serie en Internet]*. 2007 [citado 17 de octubre de 2012];11(1). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no111/n111ori4.htm>
4. Sepúlveda G, Palomino H, Cortés A. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo. Estudio en la población atendida en el hospital clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac*. 2008;30(1):17-25.
5. OMS. Medición del cambio del estado nutricional. Ginebra: OMS; 1983.
6. Frisancho AR. Anthropometric standard for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1990. p. 91.
7. Canosa C. Malnutrición. En: Borrato E. Nuevas perspectivas en nutrición infantil. Madrid: Ediciones Ergon; 1995. p. 383.
8. Jagomagi T, Soots M, Saag M. Epidemiologic factors causing cleft lip and palate and their regularities of occurrence in Estonia. *Stomatologija*. 2010;12(4):105-8.
9. Damiano PC, Tyler MC, Romitti PA. Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts. *Pediatrics*. 2007;120(2):283-90.
10. Hagberg C. Prevalence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. *Scand J Work Environ Health*. 2008;26(2):137-45.
11. Chapados C. Experience of teenagers born with cleft lip and/or palate and interventions of the health nurse. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2010;33(3):27-38.
12. Webby G, Castilla E, Goco N. Description of methodology used in an ongoing pediatric care interventional study of children born with cleft lip and palate in South America. *BMC Pediatric*. 2006;24:6-9.
13. Mora J, Paredes B, Navarro L, Rodríguez E. Mejora del estado nutricional de niños colombianos. *Bol of Sanit Panam*. 1996;113(3):197-210.

14. Groeneveld I, Salomons N, Collen D. Nutritional status of urban schoolchildren of high and low socioeconomic status in Quetzaltenango, Guatemala. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(3):169-77.
15. Oyhenart E, Torres M, Quintero F. Estado nutricional de niños pobres residentes en La Plata, Argentina. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(3):194-201.
16. Buitrón D, Hurtig A, San Sebastián M. Estado nutricional de niños menores de cinco años en la Amazonia ecuatoriana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;15(3):151-9.
17. Esquivel M, Romero J, Berdasco A. Estado nutricional de preescolares de Ciudad de La Habana entre 1972 y 1993. *Rev Panam Salud Pública*. 1997;1(5):349-54.

Recibido: 20 de noviembre de 2012.

Aprobado: 17 de enero de 2013.

Carlos Evaristo Zamora Linares. Hospital Pediátrico Universitario "Hermanos Cordové". 2ª. Avenida Caymari, esquina calle 2, municipio Manzanillo. Granma, Cuba.
Correo electrónico: caza@grannet.grm.sld.cu