

CIRUGIA PLASTICA

Volumen
Volume **13**

Número
Number **1**




Enero-Abril
January-April **2003**

Artículo:




Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México

Dr. Ignacio Trigós Micoló,* Dra. María Eugenia Guzmán y López Figueroa**

RESUMEN

El gran rezago de atención especializada a un número considerable de mexicanos representa un problema nacional de salud que se debe atender. Se presenta un análisis de la incidencia, prevalencia y atención de los pacientes con labio y paladar hendido haciendo énfasis en las acciones que ha desarrollado en este campo el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la Secretaría de Salud en México. Con los datos se puede determinar y conocer la magnitud de este problema, lo que se ha hecho y lo que falta por hacer y el impacto real que se ha tenido en su posible solución. Al contrastar los resultados obtenidos, se pueden definir las prioridades y hacer los ajustes convenientes para planear futuras acciones en este campo.

Palabras clave: Labio y paladar hendido, incidencia, prevalencia, atención, México.

SUMMARY

The lack of specialized attention available to a great number of Mexicans represents a national health problem that should be attended to. An analysis of the incidence, prevalence and care of patients with cleft lip and palate is presented, which emphasizes the actions in this area developed by the National Program of Extramural Surgery of the Health Ministry. The data permits the determination of the magnitude of the problem, what has been achieved and what still needs to be done, the real impact of a possible solution. By contrasting the results obtained priorities can be defined and the necessary adjustments made in order to plan future action in this field.

Key words: Cleft lip and palate, incidence, prevalence, care, Mexico.

INTRODUCCIÓN

México, país con economía emergente, todavía tiene grandes problemas de salud que se deben atender y son acordes con la época actual. El labio y paladar hendido (LPH) sigue siendo un tema de gran actualidad; su tratamiento integral demanda una atención multidisciplinaria, bien determinada y aplicada internacionalmente, sin embargo, por múltiples razones,

en nuestro país todavía no ha sido accesible para un gran porcentaje de la población. El enorme rezago nacional en la atención de este problema requiere de una acción más efectiva de todos los especialistas involucrados en su tratamiento.

El objetivo de este trabajo es presentar cifras y datos nacionales que permitan conocer y actualizar la magnitud de este problema en nuestro país, lo que se ha hecho y lo que se puede hacer en el futuro para resolverlo adecuadamente.

Con base en los datos reportados por el Consejo Nacional de Población en 2002,¹ se manejará la cifra global de 100 millones de mexicanos como población nacional.

Anualmente se reportan 2,628,000 de nacimientos vivos en el país, que representan 7,200 nacimientos por día, con una mortalidad de 880,000 al año, es decir: 2,432 al día. Con estas cifras se fija el incremento anual de 1,741,000 individuos, que da una tasa de

* Cirujano Plástico. Director de Atención Médica Especializada a la Comunidad, Secretaría de Salud: Programa Nacional de Cirugía Extramuros. Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía.

** Médico Cirujano. Coordinadora del Programa de Cirugía Extramuros de la Secretaría de Salud, Zona Sur. México.

1.74% para el año 2001. En el año 2002 se reportó una tasa de incremento de la población discretamente menor de 1.67%.

Para conocer la magnitud real de una patología específica, es necesario identificar su incidencia (casos nuevos por año) y la prevalencia (casos acumulados). La incidencia de labio y paladar hendido en México, de acuerdo con Armendares y Lisker,² está reportada en 1.39 casos por cada 1,000 nacimientos vivos. Esta es una cifra congruente con los reportes internacionales que varían de 0.8 a 1.6 por cada mil nacimientos.³⁻⁵

Estos datos permiten identificar que hay 9.6 casos nuevos por día, que en México representan 3,521 casos nuevos al año; ésta es la cifra considerada como incidencia anual de LPH a nivel nacional. Su prevalencia, por tratarse de una patología congénita, no se incrementa y es en número, igual a la incidencia menos la mortalidad por año. Así se obtiene la cifra global de 135,479 casos a nivel nacional, cantidad que sumada a los 3,521 de incidencia del último año, da el número total de 139,000 mexicanos afectados con LPH en cualquiera de sus variedades de manifestación fenotípica. Ese es el universo de trabajo a nivel nacional.

Para el tratamiento integral de esta patología, en forma conservadora se sabe que en cada caso se realiza un promedio de 3.5 eventos quirúrgicos durante su vida. Un evento quirúrgico se considera como cada intervención quirúrgica programada, en la que se pueden incluir uno o varios procedimientos en el mismo acto.

Los procedimientos quirúrgicos habituales pueden llegar a ser más de 15 en cada caso, como queiloplastia, colgajo vomeriano, plastia primaria de la punta nasal, miringotomía, palatoplastia, faringoplastia, colgajo retrofaríngeo, cierre de fístula, plastia de fondo de saco, osteotomías, ortodoncia quirúrgica, injertos óseos alveolares, rinoseptumplastia secundaria, implantes dentales y otras correcciones secundarias. Muchos de ellos se combinan en un solo acto quirúrgico.

En el primer tiempo quirúrgico, después de la ortopedia prequirúrgica, habitualmente se realiza el tratamiento integral del paladar primario con procedimientos como queilo-nasoplastia primaria, colgajo vomeriano o tratamiento del piso nasal y miringotomía.⁶

De acuerdo con las variables fenotípicas y del enfoque y preferencia de cada cirujano, en el segundo tiempo, usualmente se efectúan procedimientos como palato-faringoplastia primaria y ocasionalmente cierre de fístulas anteriores o plastias alveolares, revisión de fondo de saco del labio superior y posible retoque de la primera cirugía, sea en labio o nariz.⁷

Como tercer tiempo, en general después de valorar el crecimiento y desarrollo de las estructuras del ter-

cio medio facial, el desarrollo y evolución del lenguaje, se formaliza la programación para corregir la posible insuficiencia velofaríngea secundaria y estabilizar la arcada dentaria, sea con unión mucoperióstica del alveolo, o con injerto óseo alveolar. Un posible cuarto tiempo se destina con frecuencia a rinoseptumplastia secundaria, ostotomías diversas, o correcciones secundarias menores.⁷

Con esta variedad y opciones terapéuticas para controlar la incidencia de 3,521 casos de LPH, se deben realizar 12,323 cirugías al año para solucionar el problema de los nuevos casos que se presentan anualmente. Esta cifra se obtiene al multiplicar los casos por 3.5. Cabe aclarar que no se efectúan todos los procedimientos en el primer año de vida del paciente, por lo que la cifra podría disminuir, pero no es así porque se debe considerar los casos anteriores que no se hicieron en el mismo lapso del año anterior, por lo que la cifra expresada es correcta.

Si se enfoca a la solución de la prevalencia, las cifras son las mismas 3.5 en promedio por paciente, que multiplicada por los 139,000 casos existentes, da la cifra de 486,500 cirugías. La pregunta obligada es: ¿cuántas se han hecho? No existe una respuesta real, ya que no hay reportes nacionales, aunque sí se sabe cuántas se deben hacer al año para controlar la incidencia, que como se mencionó, son 12,323 actos quirúrgicos al año. La siguiente pregunta obligada es: ¿cuántas se hacen? Tampoco se conoce con exactitud la cifra, pero en un ejercicio de veracidad con rango de certeza variable en más o menos 5%, obtenido por diversas encuestas, al menos en la ciudad de México, se consideran las siguientes cifras como válidas: En los centros hospitalarios de la Secretaría de Salud (Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital General de México, Hospital Juárez 2000, Hospital Infantil de México), se efectúan 1,200 a 1,250 cirugías al año. En los Hospitales del IMSS en el D. F., de 650 a 700; en los Hospitales del ISSSTE en el D. F., de 200 a 250, en el Instituto Nacional de Pediatría, 300; en los Hospitales del Departamento del Distrito Federal, 150 y en la práctica privada, 600, con lo que se obtiene la cifra global de 3,200 a 3,250 cirugías anuales en la ciudad de México (*Cuadro I*).

En el *cuadro II*, se resumen las cifras calculadas de eventos quirúrgicos de labio y paladar hendido que se realizan a nivel nacional y están basados en la información factible de adquirir.

Se concluye que en México tenemos una deficiencia de 3,500 a 3,600 cirugías anuales. Si estas cifras son, como se cree reales o cercanas al trabajo que se desarrolla, es preciso reconocer que *en la actualidad no se cubre la incidencia y mucho menos la prevalen-*

cia del LPH nacional. Lo que sí es cierto es que *se está haciendo mal la tarea que nos compete*, o dicho de otra manera, *no estamos haciendo* (por muchas razones) *lo que debemos hacer*.

Con esta evidencia debemos reconocer que el modelo de atención a este problema no ha funcionado y ha sido poco eficiente desde hace muchos años, y tal vez esa sea la razón por la cual siguen llegando a México grupos extranjeros para atender a nuestros pacientes.

En México existe además el problema de la pobreza, marginación y aislamiento en un alto porcentaje de la población. En la población marginada del país, dada la lejanía y aislamiento de muchos de los pacientes, lo costoso que significa trasladarse y alojarse tanto a ellos como a sus familiares, su idiosincrasia y resistencia a dejar aunque sea temporalmente su casa y labor, su natural desconfianza a las grandes ciudades y la carencia de apoyo de las mismas, entre otras cosas, la opción más práctica para atenderlos sería acercar a los cirujanos a sus propias localidades para solucionar estos problemas, de acuerdo con el profesor Fernando Ortiz Monasterio. Esta idea y la forma de llevarla a cabo dio a los cirujanos la posibilidad de extender el sentido humanitario de la medicina especializada de alta calidad para ponerla al alcance de las personas necesitadas en las propias localidades mar-

ginadas del país, sin costo para los beneficiados. Este ejemplo floreció, continuó y se multiplicó en las generaciones médicas siguientes, enriqueciéndose paulatinamente con la participación, igualmente solidaria de muchas personas e instituciones, tanto oficiales como privadas. Con el tiempo, esta forma de trabajo fue adoptada por las Autoridades Nacionales de Salud para constituirse en el actual Programa de Cirugía Extramuros de la SSA.⁸

En la actualidad el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA está encaminado a atender quirúrgicamente diversos problemas discapacitantes en la población desprotegida y de muy alta marginación del país. Esta cifra se ha calculado por los reportes existentes y las entidades federativas participantes en el programa, entre 9 y 9,500,000 de mexicanos.⁶

Al aplicar estos criterios en esta población marginada y cifras de incidencia y prevalencia expuestas, se distingue que entre los mexicanos de muy alta marginación hay en promedio 800 nacimientos vivos al día, lo que representa 292,000 nuevos individuos al año, con 406 nuevos casos de esta patología en ese periodo. Es preciso detectarlos y atenderlos en sus propias comunidades, y para no aumentar el rezago se requiere efectuar un mínimo de 1,421 cirugías anuales (cirugías, no procedimientos) en dicha población.

En la atención de esta patología, en los últimos 35 meses (febrero de 2000 a diciembre de 2002), el Programa de Cirugía Extramuros ha incrementado 600% sus acciones para enfrentarla y tratarla, cubriendo de 200 eventos en 1999 a un promedio de 1,400 por año en la actualidad. En teoría se está cubriendo el 300% de la incidencia del problema entre la población blanco del programa, lo que representa un avance importante, pero todavía insuficiente. El decir en teoría se refiere a que entre los pacientes atendidos al año, sólo se detecta un bajo porcentaje (del 16 al 18%) de pacientes menores de un año de edad, que serían los de la incidencia anual. En el año 2002, las acciones en cirugía extramuros a nivel nacional sobrepasaron los 2,400 procedimientos efectuados en un número muy cercano a los 1,900 pacientes. Seguimos creciendo.

Si se pretende atender, entender, enfocar y buscar adecuadamente la solución de este problema a futuro, el avance global que se ha dado en este campo se debe enfocar con los mismos criterios por entidad federativa, para determinar el problema específico de cada estado y estipular el impacto real que se ha tenido en cada uno de ellos. Esta información permite actualizar y conocer la magnitud del problema a nivel estatal, valorar las acciones que se han hecho, contrastar los resultados obtenidos, definir prioridades,

Cuadro I. Cálculo de eventos quirúrgicos anuales de labio y paladar hendido en la ciudad de México.

Hospitales Secretaría de Salud	Manuel Gea González	550
	General de México	350
	Infantil de México	250
	Juárez 2000	100
IMSS, DF		700 (?)
ISSSTE DF		250
Instituto Nacional de Pediatría		300
Hospitales del DDF		150
Hospitales privados		600
Promedio		3,250

Cuadro II. Cálculo nacional de eventos quirúrgicos de labio y paladar hendido realizados por año.

Ciudad de México	3,200
Resto del país	3,400 a 3,500
Cirugía extramuros	1,200
IMSS-Solidaridad	300 a 350
Otros grupos	500
Promedio:	8,700

* Se deben efectuar 12,323

Cuadro III. Estados participantes con el Programa de Cirugía Extramuros en la atención de labio y paladar hendido.

Entidad 2002	Población con muy alta marginación	% población marginada	Población federativa
Campeche	735,862	11.89	87,515
Coahuila	2,241,879	0.61	13,762
Chiapas	4,176,199	36.75	1,534,960
Chihuahua	3,168,978	4.38	138,649
Distrito Federal	8,857,309	0.01	640
Guanajuato	5,061,839	4.95	250,358
Guerrero	3,264,735	33.13	1,081,745
Hidalgo	2,376,222	18.32	435,398
Jalisco	6,694,217	2.19	146,854
México	13,642,704	2.71	369,935
Michoacán	4,357,309	8.05	350,861
Oaxaca	3,622,824	34.38	1,259,386
Puebla	5,303,248	16.08	852,627
Quintana Roo	864,863	7.24	62,620
San Luis Potosí	2,488,314	19.94	496,284
Sinaloa	2,524,778	5.96	150,362
Tamaulipas	2,819,109	3.59	101,216
Tlaxcala	1,026,061	0.32	3,333
Veracruz	7,205,637	24.50	1,765,563
Yucatán	1,724,897	8.45	145,700
Zacatecas	1,482,372	4.87	72,207
Total			9,319,975

planear acciones futuras, hacer los ajustes convenientes, y tal vez estimular a nuevos grupos de trabajo para que se sumen a estas acciones, sin perder de vista que la calidad de los servicios tiene que ser prioritaria, acorde con la época actual.

En el *cuadro III* se incluye las 21 entidades federativas participantes en el programa que brindan atención a esta patología. En este cuadro se presenta la población total 2002 y la proporción en porcentaje de ella considerados como individuos de muy alta marginación. Para clasificarlos así, se tomaron en cuenta los parámetros estipulados por el documento México: grado de marginación por localidad con datos de CONAPO-Progreso de 1995.¹¹ Para actualizar la información a 2002, se aplicó el porcentaje de marginación de cada estado reportado y se proyectó a la población actual, obteniendo así las cifras de población de muy alta marginación de cada entidad.

En el *cuadro IV* se presenta la prevalencia de labio y paladar hendido entre la población de muy alta marginación, así como el trabajo efectuado por cirugía extramuros en la atención de esta patología en cada uno de los estados participantes.

Con los datos exhibidos se puede identificar que en cirugía extramuros se está atendiendo adecuadamente el problema de labio y paladar hendido en los estados de Campeche, Coahuila, Distrito Federal, Jalisco,

Quintana Roo y Tlaxcala. En otros estados, como Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Puebla, San Luis Potosí y Tamaulipas, aunque han aumentado notablemente los eventos quirúrgicos hechos, todavía, por el número de individuos de muy alta marginación en dichas entidades, se considera que se va enfrentando a medias el problema y que ahí se deben ampliar las acciones.

En Guerrero, Estado de México, Oaxaca, Veracruz, Yucatán y Zacatecas se puede observar que se ha enfrentado mal el problema y (por diversas razones) los resultados que se tienen son poco satisfactorios, con un gran rezago de pacientes que atender.

CONCLUSIONES

Al conocer la incidencia y prevalencia del LPH tanto a nivel nacional como estatal, se identifica la magnitud real de este problema. En la actualidad se pueden definir las prioridades y planear mejor las acciones a futuro, reconociendo que todavía hay mucho que hacer.

No se trata de números, sino de individuos marginados con derecho a una atención de alto nivel. Urge reforzar las acciones en Veracruz, Chiapas, Oaxaca, Guerrero, San Luis Potosí, Hidalgo, Estado de México y Michoacán. Nosotros debemos hacerlo, si no ¿quién?

Cuadro IV. Atención de labio y paladar hendido. Programa de Cirugía Extramuros 2001-2002.

Entidad	Población de muy alta marginación	Prevalencia LPH 2002	Cirugías realizadas 2001-2002	Pacientes atendidos % (prevalencia)
Campeche	87,515	122	223	183
Coahuila	13,762	19	161	847
Chiapas	1,534,960	2,133	310	14.5
Chihuahua	138,649	193	32	16.5
Distrito Federal	640	0.9	64	7,111
Guanajuato	250,358	348	172	49.4
Guerrero	1,081,745	1,503	34	2.2
Hidalgo	435,398	605	136	22.5
Jalisco	146,854	202	556	215
México	369,935	514	43	8.4
Michoacán	350,861	488	65	13.3
Oaxaca	1,259,386	1,750	133	7.6
Puebla	852,627	1,185	290	24.5
Querétaro	62,620	87	230	264
San Luis Potosí	496,284	690	60	8.7
Sinaloa	150,362	209	145	69
Tamaulipas	101,219	140	33	23.5
Tlaxcala	3,333	5	43	860
Veracruz	1,765,563	2,454	45	1.8
Yucatán	145,700	202	30	15
Zacatecas	72,208	100	2	2

Cirugía extramuros representa una opción para colaborar altruistamente en la solución de este problema de nuestra responsabilidad y da la oportunidad de valerse del sentido humanitario que siempre ha caracterizado a la profesión médica.

Con nuestras acciones contribuiremos a cubrir los retos que ha postulado la Secretaría de Salud de brindar equidad, calidad, desarrollo y protección financiera a todos los mexicanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). México 2000. *Población de México en Cifras; Proyecciones estatales 1995-2020*.
2. Armendares S, Lisker. Análisis genético del labio y paladar hendidos y paladar hendido solo. Estudio en población mexicana. *Rev Invest Clin* 1974; 26: 317.
3. Fogh AP. Incidence of cleft lip and palate. Constant or increasing? *Acta Chir Scand* 1964; 122: 106.
4. Warkany J. Congenital malformations. Chicago. *Year Book*

Med Pub 1975.

5. Neel JV. A study of major congenital defects in Japanese infants. *Am J Gen* 1958; 10: 398.
6. Trigos MI, García CG, Ortiz MF. Tratamiento integral temprano del paladar primario. *Rev Cir Plast Iberolatinoam* 1979; 5: 3-9.
7. Trigos MI, Ysunza A, Yudovich BM. Labio y paladar hendidos, aspectos generales y orientación quirúrgica. En: Coiffman (Ed.). *Cirugía Plástica Reconstruktiva y Estética*. Barcelona: Salvat, 1994: 1548-1570.
8. Secretaría de Salud. *Memorias de una experiencia de atención especializada a la Salud en el medio rural 1994-2000*. Programa de Cirugía Extramuros. SSA México 2000.
9. Programa de Cirugía Extramuros. Lineamientos de operación. *Cuadernos técnicos de la SSA*. Ed. Grafik, México 2000.
10. Trigos MI. *La cirugía Reconstruktiva mexicana en el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA*. 2001; 11: 33-39.
11. CONAPO-PROGRESA. *Documento México: Grado de marginación por localidad*. 1995.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos Micoló.
José María Vasconcelos No. 221,
Colonia San Miguel Chapultepec.
11850 México, D. F.
Tel. y Fax: 55530532
E-mail: itrigos@hotmail.com