



**ESTADO NUTRICIONAL, FORMA DE ALIMENTACION  
POSTQUIRURGICA Y NIVEL DE INFORMACION DE  
LOS TUTORES SOBRE LA ALIMENTACION EN NIÑOS  
LUEGO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DE  
FISURA LABIO ALVEOLO PALATINA**

**ORNELLA FASANO**

Tutora: Lisandra, Viglione

Co-Tutora: Carina, Berlanga

Tutora metodológica: Dra. Mg. Vivian Minnard

Licenciatura en Nutrición

Universidad FASTA

*Mar del Plata 2022*



*“No debemos tener miedo a equivocarnos, hasta los planetas chocan;  
y del caos nacen estrellas”*

Charles Chaplin

*A mis papás y mi hermano; que sin ellos nada hubiera sido posible.*

- A mi hermano y amigo, Juan Ignacio, por acompañarme y ayudarme, a pesar de la distancia, en todos los objetivos a cumplir.
- A mi papá y mamá, mis referentes en este camino, quienes me criaron y siempre confiaron en mí.
- A mi segunda madre, Andrea, que estuvo presente en las etapas más importante de mi vida.
- A mis abuelos, mis seres favoritos, que me acompañan día a día y me brindan su apoyo haciéndolo incondicional.
- A mis primos y mi tía, por motivarme a continuar adelante en cada momento.
- A todos mis amigos, los que siempre estuvieron especialmente Manuchi, amiga y vecina inigualable junto con mi amigo Lucas, y los que me acompañaron durante la carrera y se hicieron indispensables, como mi amiga China, acompañándome con una hermosa amistad y etapa facultativa.
- A mi vínculo de hermandad más genuino y gran amiga, Roci, que a pesar de la distancia siempre la sentí muy cercana, aconsejándome y ayudándome en cada paso, haciéndose la visita más ansiada y esperada de la ciudad.
- A todos mis amigos que aportaron su fuerza y energía a través del amor para ayudarme a cumplir este sueño.
- A mi gran club y compañeras de hockey que me brindaron su apoyo a lo largo de mucho tiempo.
- A todos principalmente los que atravesaron esta gran etapa de mi vida, estando más cerca o más lejos, pero conmigo en fin.

Se reconoce al labio leporino o hendido (LL), fisura labial o queilosquisis como el defecto facial que involucra el cierre incompleto del labio, unilateral, bilateral o medial, generalmente lateral a la línea media. Asimismo, se define paladar hendido, palatosquisis, o fisura palatina (FP) al defecto palatino en la línea media que comunica con fosas nasales y cavidad oral. El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo establecer una unión lo más correcta posible entre la piel y las mucosas del labio. Durante la etapa postquirúrgica es necesario tener en cuenta los hábitos y las condiciones de alimentación del niño.

**Objetivo:** Evaluar el estado nutricional, forma de alimentación postquirúrgica y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación luego de la intervención en Cirugía de Fisura Labio alveolo palatina en niños mayores de 5 meses en una Asociación en la ciudad de Buenos Aires en el año 2021.

**Materiales y métodos:** El siguiente trabajo de investigación se desarrolló en forma descriptiva, transversal. La muestra fue realizada en 40 niños con fisura labio alveolo palatina y 40 tutores de los respectivos niños. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica de cada niño y una encuesta de forma online para los tutores.

**Resultados:** El 87,5% de la muestra de un total de 40 niños presentaron FL/FP, mientras que el 63% obtuvo un Estado nutricional Normal luego de la cirugía. A su vez, solo 17 madres determinaron presentar problemas a la hora de alimentar al niño, destacando la consistencia “semisólida” durante la incorporación de los primeros alimentos. El 52,5% de las madres presento tener complicaciones postquirúrgicas con los niños, siendo las más mencionadas las complicaciones con la herida y la dificultad para poder alimentarse. En cuanto al nivel de información, los resultados reflejan que el 50% de las madres tienen un nivel de información “Alto” sobre el conocimiento de la alimentación y nutrición en los niños con Fisura Labioalveolopalatina.

**Conclusión:** Se ha identificado que la mayoría de los niños presentaron tener FL/FP con un estado nutricional normal luego de la cirugía. También se destaca el tipo de alimentación a través de fórmulas artificiales utilizando elementos con vaso bebedor y biberón común. Las consistencias más seleccionadas fueron “semisólidas” con alimentos como papa, zapallo, batata y zanahoria. Por último, se puede decir que las madres presentan un nivel de conocimiento “Alto” sobre el modo de alimentación y nutrición de sus hijos.

**Palabras claves:** labio leporino, fisura palatina, estado nutricional, postquirúrgico.

Cleft or cleft lip (LL), cleft lip or cheiloschisis is defined as a facial defect that involves incomplete closure of the lip, unilateral, bilateral or medial, generally lateral to the midline. In addition, a cleft palate, palatoschisis, or cleft palate (FP) is defined as the palatal defect in the midline that communicates with the nasal cavity and oral cavity. Surgical treatment aims to establish the most correcto union possible between the skin and the mucous membranes of the lip. During the postoperative stage, it is necessary to take into account the habits and feeding conditions of the child.

**Objective:** To evaluate the nutritional status, form of post-surgical feeding and the level of information of the tutors on the feeding after the intervention in Cleft Lip Palatine Alveolus Surgery in children older than 5 months in an Association in the city of Buenos Aires in the year 2021.

**Materials and methods:** The following research work was developed in a descriptive, cross-sectional way. The sample was carried out in 40 children with cleft lip alveolus palate and 40 guardians of the respective children. For data collection, the clinical history of each child and an online survey for the tutors were used.

**Results:** 87.5% of the sample of a total of 40 children presented FL/FP, while 63% obtained a Normal nutritional status after surgery. In turn, only 17 mothers proposed to present problems when feeding the child, awakening the semi-solid consistency during the incorporation of the first foods. 52.5% of the mothers present post-surgical complications with the children, the most mentioned being complications with wounds and difficulty in feeding. Regarding the level of information, the results reflect that 50% of the mothers maintain a "High" level of information in the knowledge of food and nutrition in children with Labioalveolopalatine Physics.

**Conclusion:** it has been identified that the majority of children presented with FL/FP with normal nutritional status after surgery. The type of feeding through artificial formulas using elements with a drinking glass and a common bottle is also highlighted. The most selected consistencies were "semi-solid" with foods such as potatoes, pumpkins, sweet potatoes and carrots. Finally, it can be said that the mothers have a "high" level of knowledge about the way of feeding and nutrition of their children.

**Key words:** cleft lip, cleft palate, nutritional status, postoperative.

Introducción.....	1
Capítulo I.....	5
Capítulo II.....	17
Diseño Metodológico.....	30
Análisis de datos.....	38
Conclusiones.....	65



# INTRODUCCION



La fisura de labio y paladar es una malformación que afecta de manera general a 1 de cada 700 nacimientos. Existen diferentes estudios, los cuales comentan ciertos factores de riesgo como un aporte insuficiente de ácido fólico<sup>1</sup> durante el embarazo y el posparto, factores infecciosos, presencia de tabaco, consumo de alcohol, uso de ciertos fármacos, factores genéticos, la edad y posibles factores hereditarios; aunque no se conozca con gran exactitud la etiología de dicha malformación tal como describe Rachely (2016)<sup>2</sup> en su documento.

Zavala (2016)<sup>3</sup> destaca en su estudio de investigación que estas malformaciones fueron declaradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1954, como “un problema de salud, ocupando el lugar número 9 entre las 10 malformaciones congénitas<sup>4</sup> más frecuentes”.

La Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC)<sup>5</sup> define como anomalía congénita *“una alteración morfológica y/o funcional de etiopatogenia prenatal y presente al nacer, independientemente de cuando se haga el diagnóstico”*.

En Argentina se consideran las fisuras labio alvéolo palatinas (por sus siglas FLAP) las más frecuentes después del grupo de las cardiopatías, pero las más frecuentes entre las craneofaciales. Las FLAP se producen por la alteración y disfunción del cierre de los procesos maxilares que constituyen el labio superior y el paladar, que ocurre durante el desarrollo embrionario.

Todos estos aspectos que incluyen las FLAP son abordados a través de un tratamiento integral y especializado. La clasificación de las fisuras se hace de acuerdo a las estructuras comprometidas; ya sean labio, encía, paladar óseo o velo. Se define también si es unilateral

---

<sup>1</sup> Folato es el término genérico que se le da a la vitamina hidrosoluble, perteneciente al complejo B, que funciona en todas las reacciones de transferencia de metilo y que existe en varias formas químicas. El ácido fólico es la forma más oxidada y estable del folato. Raramente se encuentra en los alimentos, siendo la forma más utilizada en suplementos vitamínicos y en alimentos fortificados.

<sup>2</sup> En el artículo de Tellechea Martin, R. (2016) se presentó como objetivo identificar las intervenciones enfermeras durante el proceso de alimentación en la etapa inicial del fisurado labial y/o palatino.

<sup>3</sup> Estudio realizado en Nicaragua se determina como problema la falta de seguimiento de pacientes con fisuras desde su nacimiento hasta la programación de su tratamiento quirúrgico, ya que cuando estos acuden a sus citas con Cirugía Plástica, en la mayoría de los casos son pacientes desnutridos, siendo esto un factor de riesgo que retrasaría el tratamiento quirúrgico en ese momento.

<sup>4</sup> Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida (OMS,2016)

<sup>5</sup> A partir del año 2015 la RENAC es el Centro Coordinador de la Red Federal para la detección y atención de pacientes con Fisura Labio Alvéolo Palatina (FLAP), pie bot y displasia de desarrollo de cadera. Esta Red cuenta con el apoyo del Programa SUMAR y tiene como propósito mejorar la accesibilidad al tratamiento oportuno de los niños afectados, a través del diagnóstico precoz y la derivación adecuada según la complejidad de cada caso.

completa, incompleta; la misma definición aplica a las bilaterales, las cuales pueden ser simétricas, a ambos lados, o asimétricas (Ford, 2004)<sup>6</sup>.

Según el tipo de fisura que presente el niño serán las dificultades que se desarrollen como menciona Medina (2018) en su estudio, principalmente lo son las dificultades en la alimentación<sup>7</sup> y el crecimiento. Aquellos con solo labio leporino suelen presentar menos problemas con la alimentación. Los niños con paladar hendido poseen mayor riesgo de otitis media. Las hendiduras conducen a la acumulación de líquidos en el oído medio que conllevan a la pérdida de la audición. Los niños con labio leporino pueden presentar dificultad para hablar<sup>8</sup>, problemas dentales acompañado de un gran impacto psicológico.

El autor Ford (2010)<sup>9</sup> destaca en su investigación que el tratamiento quirúrgico es un punto de controversia entre los diferentes especialistas del equipo multidisciplinario; ya que existen distintos protocolos con sus respectivas técnicas y formas para llevar a cabo el tratamiento de la fisura. Es decir, los fonoaudiólogos señalan que las primeras vocalizaciones se inician desde el periodo de recién nacido, por lo que se requiere que los mecanismos del habla estén normalizados lo antes posible y que el cierre palatino sea precoz, antes del año de edad. Por otra parte, los ortodontistas desean que el cierre del paladar se efectúe en forma tardía con el objeto que la cirugía no interfiera con el crecimiento, Hay mucha concordancia entre todos los especialistas; en que la reparación del paladar se efectuó de manera precoz y rápida para generar mejores resultados y beneficios en el desarrollo del habla.

A partir de este trabajo, se va a evaluar a niños mayores de 5 meses que hayan sido sometidos a una intervención quirúrgica de Fisura Labio alveolo palatina, para conocer el estado nutricional y la forma de alimentación postquirúrgica. Además, se estudiará el nivel de información de los tutores sobre la alimentación de aquellos niños.

Ante lo relatado surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es el estado nutricional, la forma de alimentación postquirúrgica y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación luego de la intervención quirúrgica de Fisura labio alveolo palatina en niños mayores de 5 meses que concurren a una Asociación en la ciudad de Buenos Aires durante el año 2021?

---

<sup>6</sup> Tal como se describe en dicho protocolo se realiza un cambio radical en el manejo inicial lo que ha generado un gran avance en los resultados aparejado con una disminución importante de las secuelas.

<sup>7</sup> La mayoría de los alimentos requieren un desmenuzando en trozos pequeños modificando en muchos casos su consistencia con el fin de facilitar la masticación.

<sup>8</sup> Este problema provoca que los niños suenen como "si estuvieran hablando por la nariz" (popularmente conocido como "gangosidad"; hipernasalidad, y suele verse acompañado por voz ronca y entrecortada.

<sup>9</sup> La participación de diferentes especialistas odontólogos, otorrino, genetista, fonoaudiólogos, psicólogo y enfermeras coordinadoras es fundamental para lograr resultados óptimos.

El objetivo general planteado es:

Evaluar el estado nutricional, la forma de alimentación postquirúrgica y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación luego de la intervención quirúrgica de Fisura labio alveolo palatina en niños mayores de 5 meses que concurren a una Asociación en la ciudad de Buenos Aires durante el año 2021.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Analizar el estado nutricional.
- Conocer el tipo de fisura.
- Identificar formas y métodos de alimentación.
- Determinar la presencia de complicaciones postquirúrgicas.
- Indagar el nivel de información sobre la alimentación y nutrición de los tutores de los niños.



# CAPITULO I

**“Características de las funciones y tipo de alimentación en niños luego de la cirugía de Fisura Labio alvéolo palatina (FLAP)”**



Estacio y Velasquez (2017)<sup>10</sup> denominaron al Sistema Estomatológico al conjunto de estructuras orales tanto estáticas como dinámicas. Las primeras corresponden a las partes duras como arcos dentales, mandíbula, maxilar, hueso hioides y huesos del cráneo. Por el contrario, las estructuras orales dinámicas (activas) se encuentran constituidas por músculos, ligamentos, nervios y componentes vasculares que desempeñan funciones de alimentación, también llamadas neurovegetativas, como succión, masticación, deglución, respiración, fonación y expresión facial. Además, las estructuras orales previamente mencionadas se encuentran interconectadas entre ellas, con lo cual, si hay un desequilibrio en algún componente de este sistema, todas ellas presentaran una desorganización, por lo que será necesario la inmediata intervención quirúrgica en caso de una anomalía

Lombardo- Aburto (2017)<sup>11</sup> define "*labio leporino o hendido (LL), fisura labial o Queilosquisis al defecto facial que involucra el cierre incompleto del labio, unilateral, bilateral o medial, generalmente lateral a la línea media. Como paladar hendido, Palatosquisis, o fisura palatina (FP) al defecto palatino en la línea media que comunica con fosas nasales y cavidad oral*".

La gravedad de las fisuras puede ir desde una simple muesca en el labio superior hasta una abertura total del labio que se extiende al techo de la cavidad nasal y afecta el borde alveolar hasta el agujero palatino<sup>12</sup>.

Durante el desarrollo de la fisura palatina Guerrero Moreno (2019)<sup>13</sup> redacta que los niños suelen tener una ganancia de peso menor por semana que aquellos que presentan labio leporino o que nacen sin fisura, aunque suelen recuperar su peso y talla para su respectiva edad, aproximadamente a los dos años de evolución, mejorando así su estado nutricional. Algunos bebés pueden presentar fisuras pequeñas en el paladar blando pero incluso con dicha condición pueden llegar a generar succión; mientras en niños con fisuras aún más grandes, tanto de paladar blando como de paladar duro, les será más difícil desarrollar la presión negativa de succión necesaria. Se recomiendan una variedad de consejos y dispositivos para ayudar a alimentar a los bebés con hendiduras. Es por esto que la determinación de gravedad de la fisura está relacionada con el grado de dificultad a la hora

---

<sup>10</sup> Estacio Preciado, K. M., & Velásquez Baño, K. Y. (2017) en su artículo determinaron la relación de la deglución y alimentación de los niños que presentan labio y/o paladar fisurado mediante un estudio bibliográfico y de campo, desarrollando una guía de ejercicios complementarios motores oro faciales.

<sup>11</sup> Lombardo-Aburto, E. (2017) publicó en su estudio la intervención fundamental del pediatra durante el tratamiento del paciente con labio y paladar hendido, destacando el actuar en los 3 niveles de prevención para ser prevenible, diagnosticada y manejada la enfermedad de manera correcta, conociendo además el manejo integral de estos pacientes.

<sup>12</sup> Murdoch Children's Research Institute ubicado en Melbourne, Australia, se desarrolla como un instituto de investigación médica pediátrica, sobre todo en temas de investigación como biología celular, ciencias clínicas, infección e inmunidad y salud de la población.

<sup>13</sup> Guerrero Moreno, J. X. (2019), encamina su investigación en la confección y diseño de un obturador tridimensional de paladar Fisurado en un paciente pediátrico, con el propósito de beneficiar a la comunidad en general.

de alimentarse por lo que los métodos sugeridos se determinarán según el tipo y la gravedad de la misma.

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo establecer una unión lo más correcta posible entre la piel y las mucosas del labio, sobre todo del musculo orbicular el cual posee como función principal proporcionar la motilidad adecuada del labio y producir el cierre de los mismos ayudando al vaciado del vestíbulo bucal. De igual manera, este músculo es considerado como el músculo besador, debido a que ayuda a darle forma a los labios al momento de besar y generar una succión positiva al momento de alimentarse. Otra finalidad del tratamiento es desarrollar una simetría nasal con un cierre palatino completo sin comunicaciones oronasales y un paladar largo y móvil que permita el cierre completo del esfínter faríngeo, para así evitar el escape de aire por la nariz durante el habla, según lo que puede explicar Miramag Córdoba (2016)<sup>14</sup> en su estudio.

Como menciona García (2020)<sup>15</sup> las correcciones de estas fisuras a través de una cirugía maxilofacial suelen programarse entre los 3 y 6 meses de edad para el LL, mientras que para la FP entre los 12 y 18 meses de edad, considerando siempre un adecuado estado nutricional a la hora de la intervención.

La cirugía primaria de labio o Queiloplastia se realiza a partir de los tres meses de edad, cuando la nariz y el labio han aumentado de tamaño, y el paciente pesa 10 a 12 libras (4,5 kg), desde 1967 la regla general aceptada es de peso de 10 libras, hemoglobina de 10 gramos y edad de 10 semanas según refiere González, Arce, León & Palacios (2006)<sup>16</sup> en su artículo de investigación.

Durante la etapa postquirúrgica es necesario tener en cuenta los hábitos y las condiciones de alimentación, de tal manera que se determinen cambios oportunos en las consistencias de los alimentos, favoreciendo el desarrollo y el crecimiento de la musculatura, con el propósito de mejorar la coordinación fonatoria y la articulación, lo que ayudará al

---

<sup>14</sup> Como establece Miramag Córdoba, M. L. (2016) en su trabajo de titulación entre los principales factores de riesgo se encuentra ; el tabaco, edad menor de 20 años o mayor de 35 años , periodo intergenesico menor de dos años , uso de fármacos nocivos durante el embarazo( anticonvulsivos o anticoagulantes), enfermedades infecciosas como toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes, (TORCH), radiaciones , fertilizantes plaguicidas, hijo previo con defecto congénito estructural metabólico.

<sup>15</sup> García Fariña, M. (2020) realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo a partir de una base de datos de la unidad de ecografía prenatal del Hospital Universitario de Canarias, donde se realizan 2500 ecografías selectivas anuales entre las semanas 18-22 de edad gestacional.

<sup>16</sup> En su investigación González, A. P., Arce, A. A., León, U. A., & Palacios, R. A. (2006) determinaron como objetivo acortar el tiempo en el que se realice la expansión maxilar y la retrusión de la premaxila en pacientes con fisura de paladar primario bilateral con premaxila protruyente, permitiendo obtener mejores resultados estéticos al realizar la queiloplastia bilateral.

fortalecimiento de los órganos bucofonatorios, a través de una correcta postura y terapia miofuncional<sup>17</sup>.

Está comprobado que aquellos padres que recibieron información, tanto sobre la patología y las complicaciones de su hijo antes del nacimiento, como de la manera de alimentarlo correctamente, presentaron un crecimiento mayor que los que no recibieron asesoramiento previamente.

Este padecimiento debe ser atendido por un equipo interdisciplinario, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, de Cirujano cráneo maxilofacial, Odontólogo, Ortodontista, Pediatra, Otorrinolaringólogo, Odontopediatra, Nutricionista, Kinesiólogo, Psicología, Psicopedagogía. Todos, gracias al abordaje de manera coordinada y conjunta y lo antes posible, lograran la corrección y rehabilitación, tanto funcional como estética, así como su relación con el medio social y familiar principalmente, el cual en muchos casos se ve afectado.

Se puede así establecer que dichas patologías se consideran crónicas, ya que el tratamiento es continuo, incluso en la edad adulta.

En los primeros años de vida, los niños y las niñas según las Guías Alimentarias para la Población Infantil, representan un grupo biológico de gran demanda nutricional por su velocidad de crecimiento<sup>18</sup>, sus elevados y específicos requerimientos nutricionales y sus características inmunológicas. En la alimentación infantil se pueden distinguir diferentes etapas como el Periodo inicial siendo Lactancia Materna Exclusiva, Periodo de transición correspondiente a la Alimentación Complementaria Oportuna y el Periodo de incorporación de pautas familiares.

La alimentación<sup>19</sup> representa una preocupación en los recién nacidos con Fisura labio alveolo palatina, puesto que los neonatos pueden padecer desnutrición severa o alimentación deficiente por dificultades en la succión y deglución de ciertos alimentos; afectando así su crecimiento. Es por esto que resulta necesario conocer el método de valoración global subjetiva tal como presenta Barrezueta Chiluíza (2017)<sup>20</sup> ; constituido por

---

<sup>17</sup> Según Ferreira, Z (2012) menciona en su obra colaborativa "Fundamentos de Fonoaudiología "La terapia miofuncional orofacial es un tratamiento en el que se da a cabo a través de técnicas usadas para la reeducación neuromuscular o rediseño de los músculos bucales y faciales, es una modalidad que promueve la estabilidad del sistema estomatognático.

<sup>18</sup> El crecimiento y desarrollo son un conjunto de cambios somáticos y funcionales producidos en el ser humano desde la concepción hasta su adultez; como así también son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia.

<sup>19</sup> La mayoría de los alimentos requieren un desmenuzados en trozos pequeños modificando en muchos casos su consistencia con el fin de facilitar la masticación.

<sup>20</sup> Barrezueta Chiluíza, L. E. (2017) obtiene como conclusiones que los porcentajes de los rangos de desnutrición grado I, grado II y bajo peso llegan al 74%, baja talla, baja talla leve y baja talla severa tienen un 75%, esto indica que el labio leporino y paladar hendido sí generan complicaciones en el estado nutricional de los infantes. También; en la preferencia alimentaria obtenida mediante la frecuencia de consumo, el infante tiene preferencia por el pollo, pescado, leche, queso, arroz, entre

datos que se obtienen de la historia clínica para poder llegar al diagnóstico nutricional del paciente<sup>21</sup>. Una vez conocida la historia clínica y hecho el registro y clasificación de la fisura, se procede a fabricar un obturador ortopédico individual; con el propósito de facilitar la alimentación del paciente.

Es decir, la alimentación debe comenzar tan pronto como el bebé esté despierto, tal como explica López Bundschuh (2019)<sup>22</sup>, se puede usar sonda nasogástrica si se encuentran inconvenientes con la ingesta oral. En caso de que no se determinen grandes dificultades se intenta utilizar la vía oral para poder progresar con los estímulos. Los niños solo deben ser dados de alta cuando regresan a un patrón de alimentación normal de leche y puré de alimentos. Es importante continuar con los estímulos intestinales para lograr a largo plazo una mejor adaptación y tolerancia a ciertos grupos de alimentos; por esto siempre se destaca como primordial la elección de la vía oral. En algunos casos se recurre al uso de sonda nasogástrica como técnica de soporte alimentario para las primeras horas de vida. Las recomendaciones basadas en evidencia establecen que sólo debe usarse si los niños tienen necesidades especiales, como nacimiento prematuro, o ciertas comorbilidades, y que debe pasarse a la alimentación oral lo más pronto posible.

Duarte Grijalva, González Bonilla y Ruiz Guerrero (2016)<sup>23</sup> mencionan que un niño con labio leporino o paladar hendido podrá iniciar la alimentación complementaria y comer alimentos sólidos en la misma etapa que cualquier otro niño de su misma edad. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que alimentar a estos niños requiere de más tiempo, técnicas apropiadas, acompañamiento y paciencia.

Según la OMS (2020)<sup>24</sup>, es necesario la incorporación de alimentos complementarios a la dieta una vez que la leche materna deja de ser suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Esta fase se destaca como una fase de gran vulnerabilidad porque existe una marcada transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria; presentando una alta prevalencia de malnutrición en los menores de 5 años

---

otros; ya que alimentos como frutos secos, carnes y embutidos, son difíciles de ingerir ya sea por el tipo de preparación o por ser muy sólidos al momento de la masticación.

<sup>21</sup> Los principales objetivos de la valoración nutricional son: controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano, identificando las alteraciones por exceso o defecto, así como distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional. Debe incluir: anamnesis, examen físico, antropometría, evaluación global subjetiva y exámenes bioquímicos.

<sup>22</sup> Bundschuh, en 2019 ha publicado su tesis de grado, en la cual se determinan diferentes factores de riesgo asociados con el desarrollo de fístula palatina posterior a la realización de una palatoplastia primaria en pacientes con paladar fisurado.

<sup>23</sup> Estudio titulado como "Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición que poseen los tutores de niños y niñas menores de 5 años con labio leporino y paladar hendido". Se estudió un grupo constituido por 151 tutores y la muestra por 47 niños, durante el año 2015.

<sup>24</sup> La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día.

de edad de todo el mundo. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. Después de que el paladar sea reparado por la cirugía, todo problema con las comidas debería disminuir. Muchas veces, una pequeña cavidad llamada fístula<sup>25</sup> puede perdurar o desarrollarse en la parte superior de la cavidad bucal, en el sitio donde originalmente estaba la hendidura. En algunas ocasiones, puede ocurrir que alguna comida o líquido pase a través de esta o quede alojada en la fístula. Es por esto que es sumamente necesario realizar un correcto cuidado en la higiene bucal<sup>26</sup> y la alimentación líquida en el postquirúrgico generando así mejores resultados y por lo tanto menores incidencias de fistulas palatinas.

Se intenta comenzar la vía oral después de finalizada la intervención quirúrgica, a pesar de que, a menudo, los niños se inquietan y lloran porque tienen hambre mientras que los padres se muestran ansiosos e impotentes siendo la tolerancia lo que implica que los reflejos de protección de vía aérea, el reflejo de deglución<sup>27</sup> y el estado de conciencia están normales (Ramírez, Carhuas y Julissa, 2018). La alimentación es estimulación ya que los puntos de apoyo que se utilizan para succionar son los que prepararan los puntos de apoyo para el habla.

Existen dos momentos puntuales de alimentación como establece la Asociación Piel<sup>28</sup> previo a la Queiloplastia o reparación del labio leporino; donde se prueba tolerancia a los líquidos, los bebés usualmente pueden alimentarse en forma habitual a las dos o tres horas de finalizarse la cirugía. La herida deberá estar siempre limpia y seca. Por otro lado, en la Palatoplastia o reparación del paladar hendido, pueden llegar a suspenderse los alimentos lácteos por 48hs. Durante ese período se le puede ofrecer agua, té azucarado, leche de soja, jugo de manzana, caldos, gelatina y helados de agua, en vaso o con cuchara.

---

<sup>25</sup> Como mencionan Cáceres Fajardo, C., Villacrés Silva, D., Ramírez Soasti, I., & Paredes Garrido, F (2020) en su investigación, los factores asociados al desarrollo de la fistula, pueden ser: la cirugía, los cuidados postoperatorios y los propios del paciente, dentro de los que están: edad a la que se realiza la cirugía; tipo de fisura, su extensión y amplitud; presencia o no de síndromes asociados. Existe mayor incidencia de fistulas en los pacientes operados con mayor edad.

<sup>26</sup> Es necesario que los niños con labio leporino y/o paladar hendido reciban tratamiento odontológico lo más pronto posible para asegurarse que las mandíbulas del niño son de la forma y tamaño correcto ya que a veces la fisura compromete a las encías y mandíbula, afectando su adecuado desarrollo, pudiendo de esta forma corregir la posición de cada diente, y mantener una buena higiene oral dental.

<sup>27</sup> Puede entenderse como una acción que implica la intervención de diversos músculos, los cuales actúan de manera integrada. El primer paso es un acto voluntario que impulsa la comida y la lleva hacia la zona de la faringe. La deglución continúa con una serie de procesos que ya son involuntarios.

<sup>28</sup> <http://www.asociacion-piel.org.ar>

En el postoperatorio inmediato, como supone el estudio de De Vries et al. (2014) <sup>29</sup> es importante que los padres estén en el hospital a la hora de las comidas para aprender técnicas de alimentación y dar seguridad al niño.

Como se mencionó anteriormente luego de la reparación del labio leporino se desarrolla el 1er momento de la alimentación donde el niño aún continúa con la fisura de paladar pero con la presencia de una placa obturatriz u obturador ortopédico en su paladar, que es colocado por Odontólogos con el objetivo de mejorar la postura de la lengua, favorecer y contribuir a la alineación de los segmentos maxilares. La fabricación de los obturadores palatinos se realiza con impresiones de la boca del paciente, con lo que se obtienen modelos en yeso que reproducen las fisuras. Posteriormente se elaboran con acrílico o a base de placas de acetato; y mediante pequeños ajustes que se realizan semanalmente, se guía el crecimiento del paladar estrechando la fisura alveolar y favoreciendo el cierre de la encía. Los mismos tendrán como funciones separar la cavidad oral de la nasal para evitar posibles infecciones y sellar la fisura para permitir la succión y mejorar la alimentación del paciente<sup>30</sup>. No resultan totalmente necesarios para la alimentación pero sí es importante que él beba lo tenga el mayor tiempo posible en la boca para favorecer la posición de la lengua y poder establecer una deglución mucho más adecuada; considerando la modificación según el crecimiento maxilar de cada niño. El seguimiento del niño durante un periodo largo de tiempo es sumamente necesario y se alternarán momentos de tratamiento activos con aparatos de ortodoncia con otros de simple observación facial por lo que también se vigilará el proceso de erupción de los dientes y se tomarán decisiones oportunas en función de la falta de dientes o la presencia de dientes supernumerarios en la zona de la fisura. El objetivo es llegar a una edad de 12-13 años con una función masticatoria normal y una arcada dentaria continua.

Prosiguiendo con el momento de la alimentación<sup>31</sup>; se comienza con una dieta líquida a libre demanda de pecho materno y mamadera (si es posible con leche materna y en lo contrario con leche de fórmula adaptada) durante los primeros meses. A partir de los 6 meses se complementa la alimentación y se progresa de una dieta líquida a una dieta semisólido-sólido con la introducción de papillas formadas principalmente por 2 tipos de vegetales como

---

<sup>29</sup> Según el estudio de De Vries et al (2019), el 79% de los pacientes tuvieron mejoras en su alimentación tras la cirugía. Este estudio también indica que, si la severidad de la fisura es mayor, la probabilidad de mejora es también más elevada.

<sup>30</sup> Elías-Madrigal, G (2012) ,Doctor Pediatra, menciona en su guía de seguimiento del paciente con fisura labioalvéolopalatina (flap) la fabricación y utilización de obturadores ortopédicos con funciones adaptadas a cada paciente.

<sup>31</sup> Los datos fueron aportados personalmente por la Fonoaudióloga Vanesa Casadio, una de las representantes de la Asociación Piel, Buenos Aires. La misma es una asociación sin fines de lucro donde se encuentran 592 niños en rehabilitación y tratamiento de patologías específicas como son las FLAP.

zapallo, zapallito, calabaza, calabacín, papa sin sal y con poco agregado de aceite. Se deben evitar alimentos como el choclo, batata, arroz, por el alto riesgo de causar aspiración y por la cantidad de filamentos que contienen; por lo que dichos alimentos podrían alojarse en la fisura de paladar. A los 8-9 meses de edad el niño incorpora alimentos como pollo, carne, morcilla hervida con la finalidad de respetar los cambios de alimentación y comenzar con la masticación necesaria para el crecimiento de los maxilares; y así establecer el desarrollo de una buena dentición. El niño será capaz de masticar, desgarrar, trozar, es decir, deglutir correctamente los alimentos y realizar las 4 comidas principales como cualquier otro niño.

En el 2do momento de la alimentación, próximo a la reparación de paladar, se restringe todo tipo de lácteos por su característica de generar alto contenido de secreciones, principalmente en forma de moco, a nivel del conducto auditivo provocando alteraciones en la audición y disminuyendo el desarrollo del lenguaje. Existe una alta prevalencia de fluido en el oído medio en niños con Paladar Hendido.

Luego de los 12 meses aproximadamente el niño deberá reemplazar la mamadera por un taza con leche. Durante ese periodo el Médico Pediatra tiene en cuenta ciertos aspectos de la alimentación como las consistencias, texturas, colores, y también patologías asociadas como reflujo gastroesofágico; que suelen presentar con frecuencia a la hora de consumir ciertos alimentos, asociándose a su vez a infecciones respiratorias altas relacionadas con el flujo aéreo nasal. Todos estos aspectos serán diferentes y adaptados para que el niño pueda masticar correctamente, utilizando sus piezas dentarias y capaces de formar el bolo alimenticio.

Alimentos como los cítricos y el tomate se caracterizan por presentan propiedades ácidas por lo que en general suelen resultar irritantes y nocivos a la hora de querer mejorar la herida quirúrgica. No obstante una vez que el niño tiene más control y seguridad e incluso su reparación evoluciona favorablemente; le resultará más fácil ingerirlos tal como lo refiere Tellechea Martin (2016)<sup>32</sup> en su trabajo de Investigación. Es interesante comprender que sin duda existe una mayor dificultad de alimentación cuando la gravedad de la hendidura es más severa<sup>33</sup>.

Según Carballo (2013) para los bebés de más edad y los niños, los alimentos blandos apropiados para su edad pueden incluir alimentos infantiles pasados por el pasapurés,

---

<sup>32</sup> Los resultados que obtiene el autor Tellechea Martin, R. (2016) en su trabajo destaca que algunas de las actividades que realiza la enfermera en el proceso inicial de la alimentación son: enseñar las diferentes características que se pueden observar en función de la tipología, los diferentes métodos y diferentes dispositivos disponibles y los problemas y complicaciones más comunes. A continuación, se explicarán más detalladamente las intervenciones y actividades enfermeras que se realizan en el proceso inicial de la alimentación en el fisurado labial y palatino.

<sup>33</sup> Investigación realizada en Alemania con resultados que indicaron que los niños con hendidura palatina presentan alto riesgo de desarrollar dificultades en la alimentación (67%), la alimentación con SNG fue usualmente necesaria (32%) y la LM fue infrecuente (14%).

paletas o helados, yogurt, puré de papas y gelatina. Se debe considerar también evitar las temperaturas extremas durante un mes y promover a su vez la lactancia materna. En lactantes será de utilidad la colocación de manguitos en los brazos que impidan la introducción de las manos en la cavidad oral.

Cabe destacar que todo el procedimiento en la alimentación basado en una dieta líquida o blanda produce un debilitamiento de la musculatura orofacial por lo que la Fundación del Paladar Hendido (2016)<sup>34</sup> recalca la importancia de la lactancia ya que al lactar el bebe utiliza los músculos orofaciales lo que estimula el desarrollo y fortalecimiento de los mismos. Este desarrollo potenciará y mejorará habilidades motoras como masticar, absorber, soplar y producir sonidos y palabras. El mecanismo de succión favorece la ventilación del oído y disminuye la frecuencia de otitis, tal como lo establece la AFICAVAL<sup>35</sup> (Asociación de Fisurados Palatinos).

Los bebes para amamantar de forma correcta utilizan la succión y compresión como resalta el Protocolo Clínico de la ABM (Academia de Medicina de Lactancia Materna)<sup>36</sup>. Durante la prendida al seno es necesaria la capacidad de generar succión, mantener una posición estable para alimentarse, y junto con el reflejo natural de la bajada de leche, poder así extraerla. Normalmente, cuando el bebé está amamantando, sus labios se despliegan con firmeza contra la aréola, con labio superior e inferior evertidos cubriendo toda la zona del pezón y aréola; sellando la cavidad oral en sentido anterior. A medida que el bebe chupa, la lengua y la mandíbula bajan, la cavidad oral aumenta de tamaño y se genera la succión adecuada que permite la bajada y extracción de la leche. Cuando el bebé genera una presión oportuna sobre el seno entre la lengua y la mandíbula, ocurre una compresión. La succión y la compresión ayudan a que salga leche durante el amamantamiento. Hay una relación entre la cantidad de presión oral generada durante la alimentación y el tamaño o tipo de fisura y la madurez del bebé. Por este motivo, tienen más posibilidades de poder amantarse los bebés con LL que aquellos con FP o con LL/FP. Puede ocurrir que algunos niños con fisuras

---

<sup>34</sup> Fundación del Paladar Hendido (2016) sin ánimo de lucro creada en el año 2000 (Resolución de la Secretaría Distrital de Salud No. 609 del 13 de julio) dedicada a la rehabilitación integral de pacientes con labio fisurado y paladar hendido (LPH) sin límites de edad, procedencia, o situación socioeconómica y referente en el país por su impacto en la calidad de vida a través de la prestación de servicios de rehabilitación integral con calidez y profesionalismo.

<sup>35</sup> Asociación de fisurados y labio leporino de Castellón, Valencia y Alicante es una entidad sin ánimo de lucro formada por personas afectadas por la malformación congénita llamada fisuras labiopalatinas. Se creó en 2002, como respuesta a la inquietud de una serie de madres y padres que sintieron la necesidad de ayudar a otras familias que, como ellas, se vieron ante una situación nueva y con tanta falta de información.

<sup>36</sup> Un objetivo central de la Academia de Medicina de Lactancia Materna es la elaboración de protocolos clínicos para manejar problemas médicos comunes que podrían afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven tan solo como pautas para la atención de madres que amamantan y de los bebés.

pequeñas en el paladar blando generen succión, pero es posible que otros con fisuras más grandes del paladar blando o duro no la generen o lo hagan de manera deficiente.

En la investigación realizada por Glenny et al. (2007)<sup>37</sup> se compara la efectividad de la lactancia materna con la alimentación con cuchara en los recién nacidos operados de labio leporino y se encuentra una diferencia estadísticamente significativa a favor de la lactancia materna en cuanto al peso (kilos) seis semanas después de la cirugía. Los recién nacidos alimentados con cuchara requirieron analgesia o sedación y líquidos intravenosos con mayor frecuencia y durante períodos mucho más largos que los recién nacidos alimentados con leche exclusivamente materna. En la mayoría de los casos la lactancia materna puede destacarse como una buena alimentación ya que el tejido mamario es capaz de adaptarse a la fisura y permitir una adecuada succión y deglución en el niño. Existen pruebas de que la lactancia materna, en comparación con la alimentación con cuchara, puede mejorar el aumento de peso en los recién nacido después de la cirugía de labio leporino. Es decir, los bebés con necesidades especiales necesitan tanto el amamantamiento como los bebé que están bien. Dados los importantes beneficios de la leche materna para la salud, no se debe desalentar la lactancia materna, aunque las madres deben tomar conciencia de las dificultades potenciales y obtener el apoyo adecuado a la hora de amamantar. En caso que la lactancia materna directa no sea posible, es probable que las madres deseen alimentar a su recién nacido con leche materna extraída<sup>38</sup>.

Amamantar rápidamente después de la cirugía según lo relatado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013)<sup>39</sup>; ayudará a calmar el dolor, al bebé y proporcionar líquido, elementos nobles para su recuperación y energía. Si el bebé no puede tomar grandes cantidades de leche materna

---

<sup>37</sup> El objetivo de esta investigación es evaluar los efectos de estas intervenciones alimentarias de los recién nacidos con labio leporino o fisura palatina sobre el crecimiento, el desarrollo y la satisfacción de los padres.

<sup>38</sup> Según las conclusiones de los autores Glenny et al. (2007) establecen que aunque los biberones flexibles parecen ser más fáciles de usar que los biberones rígidos para los recién nacidos con labio leporino o fisura palatina, no existen pruebas que demuestren una diferencia en los resultados de crecimiento entre ambos tipos de biberones. Existen pruebas contundentes de que los recién nacidos deben recibir lactancia materna en lugar de ser alimentados con cuchara después de una intervención quirúrgica de labio leporino. No se hallaron pruebas para evaluar la utilidad de cualquier tipo de consejo o ayuda materna para estos recién nacidos.

<sup>39</sup> El objetivo de la Estrategia Mundial es el de mejorar, a través de la alimentación óptima, el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo y de esta manera la sobrevivencia de lactantes y niños pequeños. También apoya la lactancia exclusiva por 6 meses, seguida de la introducción oportuna adecuada, segura y apropiada de la alimentación complementaria, mientras se continúa con la lactancia por dos años o más. Además apoya la nutrición materna y el apoyo social y comunitario. Sumado el objetivo de la "Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño" (IHAMN) es implementar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Materna y terminar con la distribución gratuita o a bajo costo, de sucedáneos de la leche materna a los establecimientos de salud.

inmediatamente, la madre podrá extraerse y permitir al bebé chupar el “pecho vacío”, succión no nutritiva, ofrecida para confort, hasta que el bebé esté más estable. También es necesario comprender que en muchas ocasiones la modificación de las posiciones del niño durante la lactancia podría aumentar la eficiencia y la eficacia de la misma.

Durante un estudio, Capitán Moyano (2018)<sup>40</sup> ; determinó que la lactancia materna tiene varias ventajas como bajo riesgo de infección, incremento del confort comparado con otros métodos, fortalecimiento del vínculo entre el niño y sus cuidadores, promoción de los movimientos musculares de la mandíbula, lengua y cara. Se destaca también la importancia a nivel higiene y practicidad a la hora de amantar. Los diversos métodos de alimentación se pueden usar ofreciendo leche materna, de fórmula o mixta. Se puede optar el uso de otro dispositivo de extracción de leche y ofrecerla a través del biberón; en caso en donde la lactancia materna no este permitida. Se ha demostrado que el uso del biberón tras la Palatoplastia<sup>41</sup> no tiene grandes efectos adversos relacionados con el curso natural de la operación ni con la aparición de complicaciones, aunque en caso de que no resulte totalmente necesario se intentara evitar.

Los beneficios de la lactancia materna<sup>42</sup> son principalmente nutricionales como también se destaca como una gran fuente de apoyo con amplia facilidad de digestión y absorción acompañada de propiedades inmunológicas, efecto protector sobre alergias y capaz de mejorar la adaptación a otros alimentos. Además de los beneficios ya mencionados, el acto de amamantar estimula un ejercicio físico continuo proporcionando el desarrollo facial armonioso, que a su vez contribuye a la maduración del sistema estomatológico.

Es así que resulta valioso conocer aquellas madres que tengan el deseo de amamantar a niños con dificultades; por lo que deberían obtener acceso inmediato a un especialista en lactancia que las ayude con la posición, el manejo del suministro de leche y la extracción para instancias de alimentación complementarias. (Reily et al., 2013)<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> Capitán Moyano, L. (2018) menciona en su estudio que en aquellos lugares en los que las fisuras son más prevalentes, la figura de la enfermera especialista en fisurados y lactancia, y la existencia de servicios especialmente para fisurados son de gran utilidad además de que tienen la capacidad de influir positivamente en la rehabilitación de estos niños, de que adquieran un peso adecuado para su edad y recuperarse del postoperatorio.

<sup>41</sup> Reconstrucción del paladar, fundamentalmente como corrección quirúrgica de las hendiduras.

<sup>42</sup> En aquellos lactantes que requieran cirugía, la leche materna se digiere fácilmente de modo que requiere un tiempo de ayuno más corto que con leche de fórmula u otro alimento. En general el bebé no debe necesitar ayuno por más de tres horas.

<sup>43</sup> Dicho protocolo clínico menciona que existe una relación entre la cantidad de presión oral generada durante la alimentación y el tamaño / tipo de hendidura y madurez del bebé. Por esta razón, los bebés con labio leporino tienen más probabilidades de amamantar que aquellos con paladar hendido y labio leporino. Aquellos con pequeñas fisuras del paladar blando generan succión, pero otros con hendiduras más grandes del paladar blando y / o duro pueden no generar succión. Los recién nacidos y los bebés prematuros generan presiones de succión más bajas en comparación con los bebés mayores.

El mismo autor indica que alrededor de los 6 años, los pacientes que presenten cualquier fisura deberían de ser reevaluados viendo los resultados de las primeras operaciones para que de esta manera se les pueda dar la opción o no de realizar otra intervención. En el caso de los pacientes que presenten fisura labial se les puede plantear una segunda Queiloplastia para corregir a nivel estético el labio. En el caso de los pacientes con fisura en el paladar se evaluará la necesidad de realizar una faringoplastia con el objetivo de mejorar la vocalización.

Por lo tanto, todos los bebés pueden ser alimentados y eventualmente aprenderán a comer, es por esto; que la meta primordial del experto en alimentación del equipo de hendiduras será encontrar un método de alimentación adaptado; que sea adecuado tanto para él bebe como para la madre. El objetivo es establecer una técnica de alimentación de la forma más natural posible promoviendo el vínculo entre el bebé y la madre según se menciona en el protocolo de los autores Bennun, Tainijoki, Ylikontiola, Sàndor & Casadio (2015)<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> El trabajo de Bennun, Tainijoki, Ylikontiola, Sàndor & Casadio (2015) está dirigido a la parte funcional del proceso; mediante la estimulación temprana, teniendo en cuenta los objetivos de mejorar las funciones respiratoria, deglutir y masticar, y articulación del habla, para obtener una mejor comprensión durante la comunicación. El logopeda tiene que trabajar en equipo, junto con el cirujano maxilofacial, el odontopediatra, el especialista en oído, nariz y garganta, y el pediatra, para coordinar sus acciones.



# CAPITULO II

**“Cuidados y pautas de alimentación en niños luego de cirugía de Fisura Labio alveolo palatina (FLAP)”**



Durante el periodo de tratamiento del niño fisurado; como indica Cipolla (2020)<sup>45</sup> en su investigación es fundamental entender que el mismo es complejo y prolongado hasta incluso en la adolescencia por lo que se requerirá de un proceso de rehabilitación acompañado de un control de salud en un sentido integral, es decir, monitoreo del estado de inmunizaciones, crecimiento físico y el desarrollo madurativo. A su vez se identifican una serie de comorbilidades propias de la enfermedad; como son, los defectos del lenguaje<sup>46</sup>, relacionados tanto con la malformación anatómica como por la insuficiencia del velo del paladar que acompaña la anomalía, la hipoacusia<sup>47</sup>, asociada o no a otitis media por efusión y otitis crónica y diversas patologías dentarias como caries, agenesias<sup>48</sup>, dientes supernumerarios, o maloclusión. Además, deberá vigilarse la falta de crecimiento del maxilar que puede ser causada por la cirugía del paladar, necesaria para corregir la fisura. Algunos de los problemas más comunes se pueden presentar a la hora de la alimentación; los cuales pueden ser, una succión deficiente, regurgitación nasal, inadecuadas toma de leche, fatiga, exceso de aire inspirado en cada toma, infección recurrentes en el oído medio y otitis media, problemas en la ganancia de peso sobre todo en los primeros 5 meses de vida, excesivo tiempo para cada toma de leche y problemas respiratorios derivados de la alimentación incorrecta por pecho, generando una coloración azulada en el labio del niño.

Son especialmente vulnerables a las infecciones del oído como se mencionó anteriormente porque sus trompas de Eustaquio<sup>49</sup> no drenan el fluido adecuadamente entre el oído interno y la garganta. Asimismo, Jetón Ulloa (2019)<sup>50</sup> explica que el fluido se va acumulando a medida que la presión aumenta en el interior del oído por lo que favorece la creación de un medio de cultivo apto y permeable a las infecciones. Por este motivo, es posible que a los niños con labio leporino o paladar hendido tengan que ser sometidos quirúrgicamente para colocar unos tubos de ventilación especiales en los oídos cuando se

---

<sup>45</sup> En su investigación Cipolla, M. C. (2020) establece como objetivo general determinar el control de la salud de los niños nacidos con fisura labio alveolo palatina a través de su crecimiento y desarrollo, como indicadores del proceso de rehabilitación de su enfermedad.

<sup>46</sup> Entre el 10% y el 25% de los niños con FLAP tienen una dificultad en el habla, debida a insuficiencia del velo palatino (IVP) que se presenta luego de la reparación quirúrgica del paladar. La IVF es una anomalía estructural, que permite escape de aire nasal cuando el niño habla, lo que produce un sonido hipernasal, con sonido débil o sordo, y requiere corrección quirúrgica.

<sup>47</sup> Pérdida parcial o total de la capacidad de percibir o entender el sonido. Se puede clasificar según el mecanismo afectado por la patología que la produjo.

<sup>48</sup> Ausencia de uno o más dientes, es una anomalía de desarrollo común en ambas denticiones, resultado de un trastorno de la lámina dental, que impide la formación del germen dental.

<sup>49</sup> Las trompas de Eustaquio conectan los oídos medios con la parte de atrás de la garganta. Las trompas ayudan a que los oídos drenen líquido. También mantienen la presión del aire en los oídos al nivel adecuado.

<sup>50</sup> Durante el estudio del autor Jetón Ulloa, J. M. (2019), se obtuvieron datos de la revisión de 1247 fichas clínicas correspondientes a los niños de 0 a 5 años atendidos en el servicio de cirugía plástica del hospital pediátrico Baca Ortiz de Quito en el año 2017, que constan en el archivo del departamento de estadística; con el objetivo de determinar la prevalencia de labio y paladar fisurado en niños.

sometan a la primera intervención de cirugía reconstructora, siempre y cuando el otorrinolaringólogo detecte infecciones del oído medio. Esta pérdida de la capacidad auditiva tiene relación directa con la adquisición de la capacidad del lenguaje, desarrollo emocional y la inteligencia del niño. Por lo que las infecciones del oído deben ser tratadas lo más rápido posible, en especial sin son crónicas, así de esta manera se puede prevenir la pérdida de audición en estos pacientes.

Según Fernández Sánchez & Magán Moya (2010)<sup>51</sup>, también suelen manifestarse importantes dificultades en la respiración nasal, al quedar involucrada la vía aérea superior<sup>52</sup>, pero suele corregirse dicha problemática luego de la cirugía. Se puede asegurar entonces que las FLAP no conllevan un riesgo de muerte por la enfermedad en sí, pero la morbimortalidad es mayor que en las personas no afectadas; por lo que se deben tener en cuenta otras consideraciones<sup>53</sup>.

Como consecuencia de estas características suelen aparecer importantes dudas en los cuidadores que se centran sobre todo en las intervenciones en el momento de alimentar, como; qué dispositivos se podrán usar para alimentar al bebe, qué técnicas se deberán utilizar para higienizar correctamente los materiales o qué tipo de consistencia deberá de tener la comida en cada instancia del tratamiento, entre otros (Martin, 2017)<sup>54</sup>.

Como describen los autores Trettene, Razera, Maximiano, Luiz, Dalben & Gomide (2014)<sup>55</sup> en su trabajo de investigación, la principal duda que presentan los padres de estos niños con fisuras labiales y palatinas en los postoperatorios, en un 96-100% hace referencia a la alimentación. Es por esto, que es necesario localizar aquellos conocimientos inexistentes o insuficientes luego de la operación y determinar la manera de enseñarlos a través de un

---

<sup>51</sup> Los autores Fernández-Sánchez, J., & Magán Moya, A. (2010); en su artículo desarrollan como conclusión que la fisura labiopalatina significa tanto para los pacientes afectados como para sus familias, además de una malformación estética con numerosas alteraciones funcionales, un enorme conflicto psicológico.

<sup>52</sup> La mayor facilidad de respirar por la boca unido a la falta del sellamiento labial potencia un sistema alternativo de entrada de aire al organismo aumentando la frecuencia del riesgo de infecciones del tracto respiratorio y oído medio en el paciente afectado de fisura labiopalatina.

<sup>53</sup> Los niños con FLAP como se compara en la investigación de Cipolla, M.C (2020); presentaron alteración del desarrollo madurativo referida por los pediatras a sus padres, más frecuentemente que el grupo de hermanos sin malformación.

<sup>54</sup> La investigación pretende analizar la intervención enfermera en la alimentación del fisurado labial y palatino, planteándose los siguientes objetivos específicos: determinar la importancia de la intervención enfermera en el proceso inicial de alimentación, enumerar los métodos de alimentación según la tipología que se presente, identificar los problemas y complicaciones más comunes durante el proceso de alimentación, explicar los diferentes tipos de soporte para la alimentación en los fisurados labiales y/o palatinos, y relacionar la influencia de la alimentación con el correcto crecimiento y desarrollo del fisurado labial y/o palatino

<sup>55</sup> Este estudio transversal comparó 50 cuidadores de los cuales 25 eran cuidadores de niños sometidos a queiloplastia y 25 a palatoplastia, identificando las principales dudas de los cuidadores sobre los cuidados postoperatorios, permitiendo la planificación y establecimiento de cuidados de enfermería dirigidos a las necesidades de esta población. Las dudas imperantes estaban relacionadas con alimentación y cuidado de la herida quirúrgica.

equipo multidisciplinario y capacitado con herramientas adecuadas para patologías como lo son las FLAP; con el propósito de disminuir las situaciones estresantes para las familias, minimizar las complicaciones postquirúrgicas, favorecer los procesos de rehabilitación y por consiguiente mejorar las condiciones de vida del niño a lo largo del proceso.

El uso de las terapias especiales como la fonoaudiología, psicología, psicopedagogía luego de las cirugías será de suma importancia para un tratamiento general del niño afectado. También el ortodontista ocupará un rol fundamental a la hora de tratar las maloclusiones generadas por la propia malformación; con el objetivo de proporcionar una función, forma, estructura y estética muy cercana a lo normal. Las fisuras labio alveolo palatinas conllevan una enorme cantidad de aspectos funcionales, sumado el evidente problema estético y consecuentemente psicológico, por lo que se deberá contar con la intervención necesaria de un equipo integrado a base de procedimiento auxiliares multidisciplinarios; que caractericen la imprescindible actuación en equipo.

Dentro de los problemas en la alimentación podemos encontrar que los niños que presentan fisura del paladar tienen mayores complicaciones que los bebés que solo nacen con labio leporino. Por esto en caso de no poder alimentarse directamente del pecho, se deberá ajustar la técnica de alimentación de manera individual, considerando que existen diferentes compromisos tanto anatómicos como funcionales; los cuales tendrán influencia en la habilidad del niño para alimentarse adecuadamente, dependiendo del tipo de fisura que se presente (Carballo, 2013)<sup>56</sup>.

Es primordial para el niño con fisura palatina establecer objetivos de alimentación y control de ganancia ponderal, incluso aquéllos alimentados con biberón especial, tal como lo refieren Ortega Alonzo, Vargas Duarte, Mendoza Ochoa, Villanueva Acosta & Paulina (2019)<sup>57</sup> en su publicación. Por lo que si no mantiene una curva ponderal ascendente se deberán realizar los cambios necesarios en la manera de alimentar; haciendo referencia a las técnicas, estrategias y pautas. Los dos parámetros que deben registrarse para una adecuada ganancia ponderal en el niño son los siguientes: debe tomar 130-150 cc por kilo de peso en 24 horas; y la duración de la toma no debe exceder los 30 minutos, por lo que si requiere más tiempo el niño consume en este trabajo las calorías necesarias para crecer. La

---

<sup>56</sup> La investigación se basó a través de un método descriptivo en donde se busca determinar y analizar el Estado Nutricional de niños con Fisura de labio y paladar, describir sus características y otros aspectos relacionados como tipo de lactancia, duración de la lactancia, condiciones a tener en cuenta al momento de la cirugía reparadora.

<sup>57</sup> En la guía de estudio; Ortega Alonzo, S. E., Vargas Duarte, G. M., Mendoza Ochoa, V. D., Villanueva Acosta, C., & Paulina, S. G. M. (2019) presentan la misma como resultado de la colaboración de diferentes personajes del ámbito de salud, especialistas, subespecialistas, residentes, pasantes y estudiantes de medicina que forman parte de la comunidad ligada al departamento de Pediatría del Tecnológico de Monterrey; con el propósito de generar una mejor manera de aprendizaje para personas a especializarse en formación pediátrica.

medida del éxito de la alimentación es la ganancia ponderal adecuada y la manera de evaluarla es la gráfica del crecimiento. Como supone la fundación CONIN<sup>58</sup> una vez definida la alimentación del niño, según el diagnóstico, se deberá adecuar el aporte proteico y calórico, siendo para desnutridos leve/moderados 100 -120kcal y graves entre 80-100 kcal por kg/día. Según si la evolución es favorable o el estado nutricional normal se progresaron los aportes hasta alcanzar máximo 200 kcal por kg/día, siempre ajustando el aporte a su peso actual.

Es por esto que el equipo de enfermería del área quirúrgica debe ser instruida en cuidados postoperatorios de estos niños incluyendo el uso de instrumentos como manguitos, postura, alimentación, mantenimiento de vía aérea, analgesia, cuidados de la herida operatoria, soporte familiar e información de cuidados al alta. En el caso que se presente una mayor dificultad para alimentarse al pecho o con biberón convencional, se requerirá de biberones especiales y una técnica específica de alimentación.

Durante el proceso de alimentación a través de la lactancia materna es importante disminuir las complicaciones luego de la cirugía como relata Seijas P (2020)<sup>59</sup> en su estudio. Por esto, se debe reconocer si existe una deglución inefectiva o si se necesita de tiempos más prolongados de alimentación en los que el lactante acaba fatigado y como consecuencia se interrumpe el correcto vínculo o apego madre hijo. Conocer las estrategias y las pautas correctas de alimentación previo a la intervención quirúrgica, a través de un equipo multidisciplinario y especializado, resultara beneficioso para los padres y para el crecimiento continuo del niño. Por lo contrario, si existe una dificultad y persiste en el tiempo, se generara una afectación en el estado nutrición integral, seguido a su vez de una disfunción en la capacidad del lenguaje y en el desarrollo del comportamiento del lactante.

El mismo autor menciona que la producción de leche se ve estimulada por la succión del bebé; y que cuantas más tomas realice y más veces se vacíe dicha mama, la cantidad de leche producida aumentará de manera espontánea. Por ello el equipo de salud deberá evaluar la capacidad de succión de cada lactante y conseguir una correcta posición y agarre al pecho materno según su condición. Actualmente no existe evidencia científica que indique que estos niños no puedan llevar a cabo la lactancia materna<sup>60</sup>, pero será el personal de enfermería quien tendrá que diseñar las tomas según la localización y extensión del tipo de

---

<sup>58</sup> El Nutricionista realizará los cálculos para llegar a los aportes definidos en forma conjunta con el médico pediatra. Los cálculos corresponden a requerimientos de fórmulas, módulos, alimentación vía oral, densidad calórica, tolerancia a lactosa, relación de Hidratos de carbono, Proteínas y Grasas.

<sup>59</sup> Seijas Pereda, I. (2020) propone como objetivo analizar la evidencia científica disponible a cerca de los cuidados de enfermería en el manejo de la lactancia en niños con fisura labial y/o palatina a través de la metodología de revisión bibliográfica de los últimos cinco años (2015-2020) en las siguientes bases de datos: Pubmed, Web of Science y Scopus.

<sup>60</sup> La lactancia materna debe complementarse con técnicas de masaje digital de aplastamiento y compresión, deslizamiento profundo y superficial con aplicación de calor húmedo antes y después de la cirugía labial consiguiendo una mejor elasticidad y estética del labio superior en los casos en que estos procedimientos son utilizados.

fisura, así como también detectar la habilidad del recién nacido para poder realizar el sellado labial y su coordinación en el proceso de succión-deglución, determinando de forma individual la manera más correcta de amamantamiento. Existen posiciones universales a la hora de amamantar pero se recomiendan aquellas que permitan en todo momento orientar la fisura hacia la parte superior de la mama acompañado de un buen control de la cabeza del bebe con el objetivo de favorecer una adecuada prendida. También es importante destacar la posición para dormir del niño siendo mejor con un poco de elevación de la cabeza. Esto facilitará la eliminación de aire del estómago y evitará la regurgitación de la leche, lo cual resulta muy irritante para la cavidad nasal de bebe.

Boyce, Reilly, Skeat, Cahir & Academy of Breastfeeding Medicine (2019)<sup>61</sup> recalcan en su protocolo que las posiciones modificadas para amamantar pueden aumentar la eficiencia y efectividad de la lactancia materna. Dentro del protocolo de atención para el niño fisurado; las placas obturadoras pre quirúrgicas juegan un rol fundamental a la hora del manejo del cierre de la fisura y de la reubicación de los tejidos blandos, como así también resulta un elemento necesario el cual contribuye favorablemente en el proceso de alimentación. Tanto el uso de la mamadera como del chupete podrá desarrollarse de forma normal sin ningún inconveniente, en la mayoría de los casos. Durante el amamantamiento se deberá sostener al bebe orientado hacia la parte superior del pecho de la madre; de forma que se pueda adquirir la posición de cuna. La posición correcta deberá ser semi-erguido a 45° o erguido, siempre evitando la posición acostada, para reducir la regurgitación nasal y el flujo de la leche materna. El procedimiento puede ser lento, pero se recomienda la toma o comidas de forma frecuente y cortas; a medida que se progresa con la alimentación. Así el bebe recibirá más aporte calórico y por lo tanto mantendrá un estado nutricional normal. Es importante señalar que el niño luego de ser operado debe de colocársele unos inmovilizadores en los pliegues o manguitos de los brazos para evitar que las manos entren en contacto con la zona quirúrgica recién operada y se genere una lesión.

Una buena técnica o práctica de lactancia; ya sea en cuanto a la posición y la prendida ayudan al bebe a obtener más leche y evitar lesiones en el pezón. La cara del bebe deberá estar ubicada frente al pecho con el pezón a la altura de la nariz, también es importante que la madre ayude al niño a prenderse; tocando los labios del bebe con el pezón, esperando a que abra bien la boca y acercar el bebé al pecho y no el pecho al bebé. Si es necesario sostener el pecho, hacerlo en forma de C; y colocar y recolocar el bebé al pecho la cantidad de veces que sean necesarias, hasta lograr una prendida adecuada. Es importante alimentar

---

<sup>61</sup> Boyce, J. O., Reilly, S., Skeat, J., Cahir, P., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2019) en su guía de protocolo estiman que el número total de lactantes corresponden al 50% niños que presentan labio leporino y fisura de paladar hendido, el 30% solo a fisura de paladar aislada y 20% a fisura de labio aislado, incluyendo también el 5% del total a niños con fisuras alveolares.

al bebé a demanda, cada vez que lo pida y el tiempo que quiera mamar. Con el tiempo el bebé irá adquiriendo ritmo en las tomas y marcará la cantidad y duración de las mismas; si está bien colocado al pecho, la madre no sentirá molestias y no hay razón para interrumpir la toma, pero al principio puede llevar varios intentos lograr un buen agarre; tal es así como se describe en la Guía de Lactancia de la Clínica del Niño y la Madre (2021).<sup>62</sup>

Cabe destacar que como explica el autor Estrella Quiñonez (2012)<sup>63</sup>, un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchos o todos los beneficios de la misma. Un método muy común es la alimentación con biberón, como alternativa de la lactancia, considerando el uso de fórmulas infantiles o leche materna extraída. Además, según el relato de algunas madres utilizan los instrumentos como taza y cuchara en vez del biberón ya sea para administrarles leche, fórmula o incluso papillas reconstituidas. La alimentación con cuchara tiene algunas ventajas sobre la alimentación con biberón, pero es mucho menos satisfactoria que la lactancia.

Las prácticas de alimentación que se utilizan con cada niño será pura y exclusivamente decisión de los padres, en cuanto alimentar al niño con biberón o leche materna. Como se destacó anteriormente, en caso de que el niño no sea capaz de realizar la ingesta adecuada como consecuencia del cansancio, se podrá optar por el método de extracción de leche materna y ofrecer a través del biberón la parte que no se haya podido ingerir; lo que disminuirá la inflamación y congestión de la mama y motivará al niño de todas maneras a continuar con el método de amamantamiento de forma correcta. En la alimentación con biberón, se empieza por colocar al niño incorporado; tal como lo relata el Servicio Navarro de Salud-Osansubidea (2011)<sup>64</sup>; se debe dirigir la tetina hacia la mejilla del lado no fisurado y no directamente hacia la garganta. Una ágil presión intermitente sobre el biberón junto con un movimiento de masticación con las encías, más que propiamente de succión, permitirán un flujo suave de leche y alimentación segura. Se podrán realizar unas pequeñas aberturas de salida en la tetina o hacer un corte en cruz; lo que permitirá favorecer y mejorar la eyección del flujo de la leche y aumentar la eficiencia de la ingesta. En simultáneo la deglución se dará de modo reflejo siempre y cuando se asegure que la leche fluya adecuadamente sobre la lengua. Si ocurre que el niño se atraganta, se interrumpe la alimentación y se incorpora al niño, incluso se deberá volver un poco boca abajo para facilitar la salida de leche al exterior. Si el problema

---

<sup>62</sup> <http://www.cnym.com.ar/a>

<sup>63</sup> En el estudio; en cuanto a la lactancia materna se encontró que el 52% ingiere fórmula y el 29% seno + fórmula, con el 19% seno y se evidencio que en relación con las complicaciones asociadas los niños/as que fueron amamantaron con seno no tenían ningún tipo de complicación.

<sup>64</sup> Salud-Osasunbidea, S. N. (2011) desarrolla una guía para padres con el fin de conocer qué es una fisura labiopalatina, dar información de sus posibles causas y explicar qué se puede hacer cuando nace un niño con labio leporino y cómo se puede obtener una adecuada recuperación con los tratamientos disponibles actualmente.

es un flujo elevado de leche se deberá modificar o cambiar la tetina. Las tetinas pueden ser de varios tamaños y diseños; las llamadas Mead Johnson y NUK o Medela son las específicas para niños con fisuras, pero asimismo una tetina estándar con un corte en cruz en un biberón de plástico, también será muy eficiente. Estos biberones específicos permiten introducir la leche dentro de la boca en el momento en que el niño hace el esfuerzo para succionar, de modo que no necesite crear la presión negativa intraoral para sacar la leche de la tetina<sup>65</sup>.

La Política Institucional sobre Lactancia Materna (2018)<sup>66</sup> explica que en caso de que se determine el método de extracción de leche es necesario considerar que antes de comenzar la extracción manual la madre deberá lavarse las manos y tomar las medidas de higiene personal más correspondiente, así como del lugar y recipientes que se seleccionan. Al extraerse la leche se deberá colocar en un envase estéril y con cierre hermético, rotulando con fecha y hora, guardándola en freezer o heladera (no en la puerta). Como recipientes se podrán utilizar mamaderas de vidrio con tapa, frascos de vidrio con tapa plástica, bolsitas de leche materna, recipientes de plástico para leche materna. Los recipientes de plástico que pueden utilizarse son los de polipropileno que se identifican con el símbolo PP en la base. Para suministrar la leche extraída se podrá utilizar taza, vaso, cuchara, jeringa (técnica jeringa-dedo) o en caso de utilizar mamadera recurrir al método Kassing.

Los padres o cuidadores de los niños llegan a dudar sobre la capacidad de poder alimentarlos de forma correcta debido a las deficiencias acompañadas y hasta incluso suelen llegar a dramatizar las situación del proceso de alimentación; por el motivo de que en muchas ocasiones la imposibilidad de amamantar es especialmente traumática para algunas madres. Es por esto que por medio de un buen soporte psicológico y de instrucciones adecuadas, tal como describe la Asociación de Fisurados de Baleares (AFIBAL)<sup>67</sup>. Muchas familias son capaces de trabajar sus propias emociones y dominar la técnica necesaria para alimentar y nutrir a su hijo. Para ello el equipo interdisciplinario instruye a los padres, para que colaboren con el cuidado de sus hijos cuando regresan al hogar luego de la cirugía.

---

<sup>65</sup> Los niños con fisura palatina no pueden conseguir este sistema estanco, por lo que no realizan una adecuada succión y el niño consume mucha energía más de lo normal en un intento inútil por extraer la leche.

<sup>66</sup> Como apoyo a la lactancia materna propone además ayudar a las madres a colocar al bebé al pecho en cuanto la condición clínica lo permita, brindar información adecuada y oportuna y estimular la lactancia materna. También disminuir la interferencia en la relación madre - hijo, promoviendo la interacción y favoreciendo el apego; estimulando el contacto piel a piel en los casos que sea posible.

<sup>67</sup> Asociación sin ánimo de lucro; pensada para apoyar y agrupar a fisurados, familiares y el gran grupo de profesionales y especialistas médicos que les tratan, así como para mejorar las prestaciones sociales que los fisurados tienen en Baleares para equipararlas a otras comunidades autónomas. Leer más: <https://afibal.webnode.es/>

La Guía de Fisuras Labiopalatinas según el protocolo de ASPANIF (2011)<sup>68</sup> señala que durante la introducción de alimentos sólidos a la dieta será normal la aparición de estornudos causados por la irritación de los conductos nasales al paso de la comida. Considera también que el momento y la estrategia para introducir alimentos sólidos debe ser la misma que en cualquier otro niño. Asimismo aumentar la consistencia de la comida ayudará a reducir la regurgitación por la nariz, considerando siempre como pautas de alimentación, el uso de cucharas planas a la hora de ingerir papillas además tener en cuenta que se debe alimentar siempre con boca cerrada para evitar el escape de comida y el uso de vasos vertedores o sorbetes considerando el cuidado especial sobre la herida postquirúrgica. Cabe destacar la implementación de la parte lúdica con los alimentos durante el momento de la alimentación con el propósito de generar una incorporación oportuna y en el tiempo correspondiente en el niño la etapa de alimentación complementaria.

A través de los centros de prevención de la desnutrición infantil y promoción humana en centro CONIN<sup>69</sup> se considera la Educación Nutricional como una herramienta de validez a la hora de brindar recomendaciones sobre el uso adecuado de los alimentos durante el inicio de la etapa de alimentación complementaria. La educación nutricional se desarrolla con el fin de generar en las personas autorresponsabilidad, autonomía y autocuidado en la mejora del estado nutricional considerando los hábitos alimentarios propios de cada niño; es decir, la educación tanto de la madre y la familia serán un complemento beneficioso para el tratamiento de niños con fisuras.

Durante un estudio se compara la respuesta de los niños que eran alimentados con vaso o cuchara, observándose que con el uso de la cuchara se escapó menos comida por la comisura labial y por lo tanto más cantidad fue ingerida. En cambio, cuando se utiliza el vaso es de más difícil manejo y se controla menos la cantidad de comida administrada. Se entiende entonces que con la cuchara se va a permitir dividir el alimento en pequeñas cantidades y por lo tanto, hacer posible la propulsión del alimento y así reducir las pérdidas; aunque ambas técnicas, es decir vaso y cuchara, viertan el contenido en la cavidad oral. También hay menos episodios de tos si se usa la cuchara. Una de las ventajas de este dispositivo frente al vaso, es la mayor estimulación de la cavidad oral, porque permite la contracción de los músculos y

---

<sup>68</sup> Asociación de familias que tienen niños con fisuras labiales y/o palatinas cuyo ámbito preferente de actuación es el País Vasco. Su objetivo es informar, orientar y apoyar a estas familias respecto a lo que supone el tratamiento, así como sus consecuencias derivadas.

<sup>69</sup> Dentro del Manual de procedimientos, centro CONIN, se destaca el rol fundamental del Área de Nutrición desarrollando un estricto trabajo conjunto con el Área de Pediatría. Se establecen como objetivos específicos el fomentar el rol materno, capacitar y acompañar a la madre en la alimentación del niño; y orientar a las familias de los niños respecto a la forma de adquirir y mantener buenos hábitos de alimentación, en relación a los recursos con los que cuentan, costumbres y cultura de cada región.

estimula las terminaciones nerviosas, la producción de saliva y de los receptores orales, que se traduce en una deglución del niño más eficiente (Trettene, Mondini & Marques, 2013)<sup>70</sup>.

Según los autores Angarita Villarreal, Castro Hernández, Gutiérrez Sanguino, Mantilla Serrano & Suarez Luna (2020)<sup>71</sup> presentan en su trabajo una descripción del proceso de alimentación postquirúrgico; siendo de vital importancia el seguimiento individual sobre los cuidados necesarios a la hora de la higiene bucal de los pacientes con FLAP, es por esto que al momento del seguimiento los odontólogos deberán ser quienes instruyan a los integrantes del equipo de fisuras para realizar la correcta limpieza bucal dependiendo del tipo de fisura que presente el paciente. La higiene bucal deberá iniciarse al mismo tiempo que cualquier otro niño sano, es decir, desde el comienzo de su nacimiento. Para realizar la limpieza, se recomienda que los padres lo tengan en brazos, y realizar la higiene con una gasa en los dedos índice, sobre dientes y encías.

Dar a conocer una serie de acciones a los padres será con el propósito de que los mismos puedan efectuarlas correctamente y así brindarle al niño un mayor bienestar posible durante el tratamiento. En relación a los cuidados de la herida quirúrgica; las técnicas a efectuar para la cura son muy sencillas y hacen referencia al no lavar ni limpiar la herida, solamente hacerlo con algodón o gasa suavemente durante todos los días y principalmente luego de las ingestas para eliminar cualquier resto de leche o alimento, ya sean administrados solo, con cuchara o goteros. Es importante que la herida y su alrededor siempre estén lo más limpia posible para evitar la acumulación de secreciones, recordar siempre hacer la higiene con enjuague bucal sin realizar buches, por otro lado se deberá continuar con la toma de los medicamentos indicados por el médico al darle de alta, por ningún motivo se debe introducir objetos sólidos en la boca y cerca del labio, esto incluye los dedos, los cubiertos, juguetes, etc. Se recomienda el cuidado extremo del paciente con objetos punzantes en la boca. Otra de las acciones fundamentales especialmente para los pacientes operados de labio leporino es no exponerse al sol para cuidar la cicatriz, utilizar gorras y un bloqueador solar indicado por el médico por lo menos durante 3 meses (Huaccha Alcántara, 2014)<sup>72</sup>.

---

<sup>70</sup> La investigación se desarrolló de forma transversal, mientras que la muestra estuvo compuesta por cuidadores de niños con labio leporino y paladar hendido sometidos a queiloplastia y palatoplastia. Se obtuvo un muestreo intencional y se comparó 50 cuidadores seleccionados consecutivamente, de los cuales 25 cuidadores de niños sometidos a queiloplastia, y 25 de niños sometidos a palatoplastia, independientemente de su edad, género y nivel socioeconómico. Cuidadores de niños con trastornos neuropsicomotores, síndromes genéticos y otras malformaciones o comorbilidades que requirieron especial atención fueron excluidos.

<sup>71</sup> En el trabajo de Tesis se establece como objetivo evaluar el nivel de conocimiento en estudiantes de Odontología de la Universidad Santo Tomás Bucaramanga, con respecto a la atención y el manejo del FLAP a través de un tipo de estudio observacional descriptivo de corte transversal.

<sup>72</sup> Según el análisis de datos de la investigación de Huaccha Alcántara, E.Y (2014); se observa que en relación al cuidado de la herida el 26,7 % realiza solo limpieza de la herida quirúrgica, es decir las madres solo evitan que se acumulen las secreciones en la zona afectada por la intervención; sin embargo un 53,3 % realiza la curación todos los días, esto implica que utilizan productos como

Como ya se ha descrito anteriormente es importante además considerar el lenguaje como una complicación existente en pacientes con fisuras por lo que es relevante aplicar un seguimiento adecuado comprendiendo que no depende únicamente de la integridad anatómica del paladar y de la orofaringe, sino de la capacidad de integrarlo a nivel cortical<sup>73</sup>, de tener la capacidad de oír adecuadamente, y de contar con una terapia del lenguaje temprana, consistente y bien encaminada para evitar y tratar los problemas del habla más comunes en estos pacientes, como son las articulaciones compensatorias, la hipernasalidad y el escape nasal; tal como se menciona en el trabajo de Cabrera Hernández, (2021)<sup>74</sup>.

En un estudio de investigación los autores Velázquez, Berlanga, Estrada, Álvarez, & Flores (2012)<sup>75</sup> describen un protocolo de tratamiento para obtener un crecimiento y desarrollo maxilofacial adecuado a largo plazo, con el propósito de evitar o minimizar las secuelas post quirúrgicas en pacientes con fisuras labio alvéolo palatinas con el objetivo de obtener un desarrollo óseo adecuado o con lenguaje funcional, resultados estéticos óptimos e integración psicosocial del paciente a su entorno. Dichos autores establecen por lo tanto que los resultados en cuanto al lenguaje fueron mejores que los pacientes operados a edad temprana sin un seguimiento adecuado; y que las terapias del lenguaje aplicadas de manera oportuna en forma y tiempo; constituyen parte de un factor muy destacable a la hora del tratamiento.

Como profesionales de la salud es interesante comprender que la cirugía reconstructiva es solo una parte del tratamiento general de estos pacientes, por lo que es necesario transmitir a todo el resto del equipo multidisciplinario la sumatoria de complicaciones por las que se somete un niño con esta malformación con la finalidad de que las terapias a utilizar sean lo más ajustadas posible y a su vez; se logren los objetivos primordiales del tratamiento que son una apariencia física cercana a lo normal, un habla nítida y legible, una buena audición, una dentadura saludable y agradable cuando el paciente sonríe, una oclusión normal y un crecimiento armónico de su esqueleto facial. Por lo tanto, debe haber una comunicación muy cercana entre los integrantes del equipo de trabajo así como una valoración en conjunto del paciente en las diferentes etapas de su vida; lo que contribuirá a

---

alcohol yodado, agua oxigenada y otros sin saber que estos productos pueden ocasionar una complicación según sea el caso. Y por último el 20 % realiza la limpieza más la curación pensando que así la herida de su niño se va a sanar más rápido:

<sup>73</sup> Son reacciones mediadas por la eficiente interacción en la corteza, ganglios basales y cerebelo. La maduración de las reacciones de equilibrio, conduce al individuo hacia la etapa humana bípeda del desarrollo motor y perduran en el tiempo.

<sup>74</sup> El objetivo del estudio fue analizar la epidemiología de la fisura labio palatina, diagnóstico, tratamiento integral. Se utilizó un método deductivo de 1014 artículos, por criterios de inclusión y exclusión se estudiaron 67 artículos relacionados.

<sup>75</sup> El método de dicho protocolo está basado en el conocimiento de las interacciones entre los efectos negativos que las intervenciones quirúrgicas producen en el desarrollo y crecimiento, inherentes de los tejidos y cómo tratarlos de manera lógica y anatomofuncional.

mejorar la calidad de vida del paciente. Es decir, que el niño sea capaz de relacionarse con los demás en el ámbito social, escolar y laboral, de una manera saludable y con un autoestima elevada para desarrollarse a lo largo de su vida (Sigler,2017)<sup>76</sup>.

En otro estudio interesante realizado por los autores Quezada, Romero & Arce (2021)<sup>77</sup> sobre factores que afectan la autopercepción de los niños con labio y paladar fisurado se encontró que los niños tienen una alta probabilidad de desarrollar alteraciones a nivel socio-emocional al transcurrir la primera infancia. Los factores que más afectan emocionalmente a los pacientes con labio y paladar fisurado son las notables diferencias faciales, los problemas en la fonación y alimentación, comentarios negativos respecto a su aspecto físico y traumas psicológicos por las múltiples cirugías, mientras que un adecuado tratamiento debe incluir el manejo psicológico y la terapia de lenguaje ya que estos son pilares fundamentales para un tratamiento integral siendo igual de importantes que la cirugía tal como se mencionó anteriormente.

Lo más trascendente en el tratamiento de esta patología es el manejo multidisciplinario, resultando un aspecto clave para poder manejar las diferentes alteraciones en que las fisuras inciden. Siendo los objetivos del tratamiento quirúrgico de la fisura labial; el cierre del labio para restaurar las funciones normales de sellado y gestualidad<sup>78</sup> y reposicionamiento nasal con simetría y armonía. Las cicatrices también suelen aparecer después de varios años pero no presentan alteraciones más o menos severas como si puede suceder con el desarrollo y crecimiento facial. Por ello el seguimiento a largo plazo es fundamental para detectar precozmente alteraciones y secuelas postquirúrgicas (Hernandez-Diaz, Cazalla, Ferrandis, Jorquera & Rubio Palau, 2017)<sup>79</sup>.

Cabe destacar la importancia de la implementación adecuada de medidas preventivas para este tipo de malformaciones, como lo son las FLAP, donde la Guía Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC-Ar)<sup>80</sup> plantea como propósito “*promover la*

---

<sup>76</sup> Sigler, A. (2017), establece el protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos con la colaboración de profesionales en Cirugía Plástica, Odontología Pediátrica, Ortodoncia, Otorrinolaringología, Terapia de Lenguaje, Terapia Familiar, Psicología Pediátrica y otras disciplinas, ha logrado un seguimiento del tratamiento multidisciplinario de hasta 10 años.

<sup>77</sup> Dentro de la investigación se utilizó un estudio que midió la calidad de vida utilizando el cuestionario sobre la calidad de vida pediátrica, el cual concluyó que las pacientes femeninas con deformidades en hendiduras estaban menos felices con su apariencia facial que los pacientes masculinos con LPF, además se observó un aumento en la evitación social y los niveles de angustia entre el grupo de adultos.

<sup>78</sup> Haciendo hincapié en alimentación oral, comunicación no verbal y verbal.

<sup>79</sup> Hernández-Díaz, C., Cazalla, A. A., Ferrandis, F. P., Jorquera, J. C., & Rubio-Palau, J. (2017) utilizaron en su investigación un método retrospectivo de las queiloplastias con técnica de Meara de mayo 2014 a diciembre 2015. Donde se revisó el tiempo quirúrgico, tiempo medio de ingreso, complicaciones y resultados estéticos, evaluando la altura y simetría del labio superior, la forma y simetría nasal y el aspecto de la cicatriz.

<sup>80</sup> La Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC) Centro Nacional de Genética Médica (Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud –ANLIS–, Malbrán), Ministerio de

*inclusión y asistencia de personas con discapacidad adoptando, para su atención, el modelo social de la discapacidad y una perspectiva de derechos, y promover acciones para la prevención y la detección de las anomalías congénitas en la atención primaria de la salud, mediante la sensibilización y la capacitación de los equipos de salud”.*

La prevención de estas Anomalías Congénitas, se desarrollan de diferentes formas y en diferentes momentos, las cuales se destacan como: Prevención Primaria, cuando se llevan a cabo acciones que evitan la ocurrencia de estas malformaciones. En cuanto a la Prevención Secundaria, son acciones que permiten realizar un diagnóstico precoz de las anomalías; lo que permitirá llevar a cabo el tratamiento oportuno. Por último, la Prevención Terciaria, cuando se efectúan acciones que contribuyen a la mejor calidad de vida posible de las personas afectadas; es el ejemplo, las cirugías, los tratamientos de rehabilitación, la estimulación temprana, entre otros.

Una experiencia similar a la organizada en nuestro país existe en Chile desde 2005, año en que las fisuras orales fueron incorporadas al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, programa que garantiza y organiza la atención de ciertas patologías. Dentro de ese país, la atención está organizada en 9 centros quirúrgicos seleccionados a partir de criterios de especialización, geografía e infraestructura, que dan respuesta a la atención desde el nacimiento hasta los 15 años. (Cassinelli, Pauselli, Piola, Martinelli, Alves de Azevedo, Bidondo & Sala, 2018)<sup>81</sup>.

Al conocer las terapias adecuadas entonces es fundamental que el equipo de salud brinde a la familia la información actualizada y acorde a cada paciente, y menciona sobre las posibilidades reales del tratamiento de su niño. Los tratamientos suelen ser complejos por lo que se debe tener en cuenta la adaptación donde se efectúan, tanto del niño como de las familias. Destacando así una combinación de diferentes intervenciones como cirugías, kinesiología, especialistas médicos, siempre promoviendo la adherencia de las personas afectadas, teniendo en cuenta que la presencia de malformaciones afecta otras dimensiones en la vida de las personas y sus familias, como la psicológica, la social y la económica, entre otras.

---

Salud de la Nación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>81</sup> El Ministerio de Salud de la Nación implementó, a partir del año 2015, una red nacional para la atención de niños/as con fisuras orales en Argentina a través de un trabajo conjunto entre la Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC) (centro coordinador de la red nacional) y el Programa SUMAR. El objetivo de este trabajo es describir la red de atención y sus primeros resultados. Se identificaron y acreditaron 61 instituciones que realizaban el tratamiento de fisuras orales de manera íntegra lo articuladamente con otras instituciones



# DISEÑO METODOLOGICO



El presente trabajo de investigación se desarrolla en forma descriptiva ya que se basa en la descripción de determinado fenómeno. En este caso realiza mediciones y evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del estado nutricional, tipo de alimentación y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación luego de la intervención quirúrgica de Fisura Labioalveolopalatina en niños. La investigación es de tipo cuantitativa porque se van a recolectar datos en forma de números o porcentajes y también se utilizarán diversas mediciones para valorar el estado nutricional correspondiente. Se trata de un estudio no experimental porque se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos y cómo se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

Al mismo tiempo, se considera como transversal, ya que la muestra que se analiza es en un momento determinado, en este caso durante un periodo del año 2021, que no se da de manera repetida a lo largo de un periodo de años.

En referencia a la delimitación del campo de estudio se seleccionan una muestra de 40 niños mayores de 5 meses con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina en la ciudad de Buenos Aires seleccionado en forma no probabilística por conveniencia, ya que la selección de la misma depende de causas relacionadas a las características propias de la investigación, no teniendo relación alguna con la probabilidad. Siendo la unidad de análisis cada uno de los niños mayores de 5 meses en la ciudad de Buenos Aires, durante un periodo del año 2021. Los cuidadores de niños con trastornos o síndromes genéticos serán excluidos de la muestra. La participación fue de 40 niños mayores de 5 meses de edad o más en el año 2021 y sus 40 respectivos tutores.

Se tendrán en cuenta las siguientes variables:

- Sexo
- Edad
- Estado nutricional
- Tipo de fisura
- Forma de alimentación postquirúrgica
- Métodos de alimentación
- Etapas de alimentación
- Prácticas de alimentación complementaria
- Nivel de información sobre alimentación y nutrición de los tutores de los niños.
- Complicaciones postquirúrgicas

## **Definición conceptual y operacional de variables**

### **Sexo**

♦ Definición conceptual: Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como masculinos o femeninos.

♦ Definición operacional: Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que agrupan a los niños como masculinos o femeninos. Los datos se obtienen por la historia clínica. Se considera femenino, masculino y se registra en grilla.

### **Edad**

♦ Definición conceptual: Tiempo de existencia desde el nacimiento.

♦ Definición operacional: Tiempo de existencia desde el nacimiento de los niños que conforman la muestra. El dato se obtiene por medio de la historia clínica y se registra en grilla.

### **Estado nutricional**

♦ Definición conceptual: Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales, la ingestión, la absorción y la utilización biológica de los nutrientes contenidos en los alimentos.

♦ Definición operacional: Condición de los niños mayores de 5 meses con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina. El dato se obtiene por Historia Clínica del paciente y luego por datos registrados a través del WHO ANTHRO. Serán importantes indicadores como: Talla-Edad (T/E), Peso-Edad (P/E), Índice de Masa Corporal (IMC), Perímetro cefálico/edad (PC/E)<sup>82</sup>.

El IMC es la relación de peso y talla. Tanto IMC como T/E lo utilizaremos en niños mayores a 1 año. EL PC/E se utilizara para detectar posibles alteraciones del desarrollo neurológico. Según las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las categorías en percentiles y puntaje Z se usaran como referencias diagnósticas y serán:

---

<sup>82</sup> El P/E es un índice compuesto utilizado en niños menores de 1 año, influenciado por la estatura y el peso relativo, refleja la masa corporal en relación a la edad cronológica. La T/E o LC/E refleja el crecimiento relacionado con la edad cronológica y sus déficits, esto se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo. La Talla/edad baja se asocia con desnutrición crónica o secuelar.

Indicadores:

➔ *Peso para la edad (P/E):*

- Por encima de +2: Alto peso
  - Entre +1 y +2: Sobrepeso.
  - Entre +1/-2: Normal
  - Entre -2/-3: Bajo peso
  - Por debajo de -3: Bajo peso severo
- Punto de corte 10-97

➔ *Talla para la edad (T/E):*

- Encima de +3: Talla elevada.
  - Entre +1/-2: Normal.
  - Entre -2/-3 Baja talla.
  - Debajo de -3: Baja talla severa.
- Punto de corte:  $pc > 3$

Cuando T/E y IMC/P-edad es  $< pc 3 =$  Desnutrición crónica

*Índice de masa corporal para la edad (IMC/E)*

- Por encima de +3: Obesidad II
  - Entre +2/+3: Obesidad I
  - Entre +1/+2: Sobrepeso.
  - Entre +1/-2: Normal
  - Entre -2/-3: Bajo peso
  - Debajo de -3: Bajo peso severo
- Punto de corte:  $pc 10-85$

**-Si el punto de crecimiento es graficado exactamente en la curva de la puntuación Z, se considera la categoría menos grave.**

➔ *Perímetro cefálico para la edad (PC/E)*

**Fuente:** Referencias para el seguimiento y la atención individual y poblacional de los niños entre el nacimiento y los 2 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS y Ministerio de Salud de la Nación).

### ***Tipo de fisura***

♦ Definición conceptual: variedad de anomalías congénitas que afectan la anatomía de la cara, comprometiendo la funcionalidad de la boca y que requieren tratamiento desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia.

♦ Definición operacional: Variedad de anomalías congénitas que afectan la anatomía de la cara, comprometiendo la funcionalidad de la boca en niños mayores de 5 meses con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina. El dato se obtiene por medio de las encuestas realizadas a las madres de niños con Fisura Labioalveolopalatina.

Se consideran las fisuras orales según el origen embriológico y sus características anatómicas en: :Fisura de Labio aislada (FL) /Fisura de Paladar aislada (FP) /Fisura de Labio y Paladar (FL/FP). Según la extensión de la fisura: Completas /Incompletas , Según el compromiso axial:Unilaterales /Bilaterales

### ***Forma de alimentación postquirúrgica***

♦ Definición conceptual: Alimentación que se le brinda al niño desde su nacimiento, para su adecuado desarrollo y crecimiento, la cual se va modificando a lo largo del desarrollo del niño.

♦ Definición operacional: Alimentación que se le brinda a los niños mayores de 5 meses con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina ; para su adecuado desarrollo y crecimiento. Se considera: Alimentación enteral (NE) /Alimentación parenteral (NPT) /Lactancia materna exclusiva (LME): únicamente lactancia materna a demanda del niño sin agregado de líquidos ni alimentos. /Lactancia con fórmula o artificial (LA): Cuando el niño no haya recibido leche de madre o haya suspendido la lactancia materna antes de los 2 meses de vida./Alimentación oral exclusiva: Incorporación únicamente de alimentos y bebidas de forma exclusiva, se deja de lado la leche materna o formulas.

Los datos se obtienen de las encuestas realizadas a las madres de los niños que fueron sometidos a cirugía de Fisura Labioalveolopalatina.

### ***Métodos de alimentación***

♦ Definición conceptual: Prácticas o estrategias que se desarrollan a través de diferentes elementos utilizados a la hora de alimentar al niño.

♦ Definición operacional: Prácticas o estrategias que se desarrollan a través de diferentes elementos utilizados a la hora de alimentar a los niños mayores de 5 meses con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina. El dato se obtiene por encuesta realizada a las madres de los niños que fueron sometidos a cirugía de Fisura Labioalveolopalatina, y se considera: Biberón común /Biberón especial /Amamantamiento de forma normal /Alimentación utilizando placas palatinas /Pezoneras para amamantar /Vaso o taza /Cuchara/Sorbete.

### ***Etapas en la alimentación***

♦ Definición conceptual: Fase en la que se ubican las necesidades nutricionales del niño en su capacidad de ingestión, digestión y absorción, en el metabolismo y la capacidad de eliminación renal, sumado el desarrollo psicomotor del niño.

♦ Definición operacional: Fase en la que se ubica las necesidades nutricionales del niño en su capacidad de ingestión, digestión y absorción, en el metabolismo y la capacidad de eliminación renal, sumado el desarrollo psicomotor de los niños mayores de 5 meses con Fisura Labioalveolopalatina. El dato se obtiene por encuesta realizada a las madres de los niños que fueron sometidos a cirugía de Fisura Labioalveolopalatina, y se considera: Periodo inicial: Lactancia Materna Exclusiva (LME) de 0-6 meses/ Periodo de transición: Alimentación Complementaria Oportuna de 6-12 meses / Periodo de incorporación de pautas familiares de 12 meses en adelante.

### **Prácticas de alimentación complementaria**

♦ Definición conceptual: diferentes maneras de incorporar los primeros alimentos que recibe el niño siendo determinados por pautas culturales, mitos y creencias muy arraigadas en la población, así como por cuestiones de accesibilidad.

♦ Definición operacional: diferentes maneras de incorporar los primeros alimentos en aquellos niños mayores de 5 meses con Fisura Labioalveolopalatina; siendo determinados por pautas culturales, mitos y creencias muy arraigadas en la población, así como por cuestiones de accesibilidad. Los datos se obtienen de las encuestas realizada a las madres de los niños que fueron sometidos a cirugía de Fisura Labioalveolopalatina. Se considera: Qué tipo de alimentos incorporó primero / Cuando los incorporó (Edad)/ Como los incorporó/ Con qué frecuencia los consume/ Consistencia y viscosidad de alimentos antes de la cirugía/ Consistencia y viscosidad de alimentos actuales: Alimentos semisólidos (puré y papillas: aguadas, espesas), Sólidos: picados o desmenuzados, Alimentos familiares.

### **Complicaciones postquirúrgicas**

♦ Definición conceptual: Aquellas afectaciones o consecuencias que se manifiestan ante la presencia del problema.

♦ Definición operacional: Aquellas afectaciones o consecuencias que se manifiestan ante la presencia del problema en los niños mayores de 5 meses con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina que concurren a una Asociación en la ciudad de Buenos Aires. Los datos se obtienen por medio de una encuesta realizada los tutores de los niños con la formulación de preguntas dicotómicas, y se considera: Dificultad al alimentarse/ Infecciones del oído/ Pérdida de la audición/ Problemas en los dientes / Dificultad con el habla/ Desafíos de enfrentar una enfermedad/ Complicaciones de la herida.

### **Nivel de información sobre alimentación y nutrición de los tutores**

♦ Definición conceptual: Grado de conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección.

♦ Definición operacional: Grado de conocimiento es un conjunto de información almacenada de los tutores de los niños los niños mayores de 5 meses con Fisura Labioalveolopalatina. Los datos se obtienen por medio de una encuesta realizada a los tutores

de los niños con cirugía de Fisura Labioalveolopalatina. Se considera: :Importancia de la lactancia Materna /Posiciones para amamantar /Alimentación Complementaria /Alimentación recomendada según la condición del niño/a /Preparación de los alimentos /Tipo de consistencias/Variedad de alimentos/Cuidados a la hora de alimentar /Higiene de herida luego de la ingesta /Parte lúdica en la alimentación La escala de medición del conocimiento de los tutores a partir de la encuesta será con 5 preguntas de 2 puntos cada una siendo un total de 8 puntos; con opciones múltiples y con la siguiente categorización: Muy alto (8-10 puntos) /Alto (6 puntos) /Regular (4 puntos) /Bajo (2 puntos) /Muy bajo (0 puntos) .



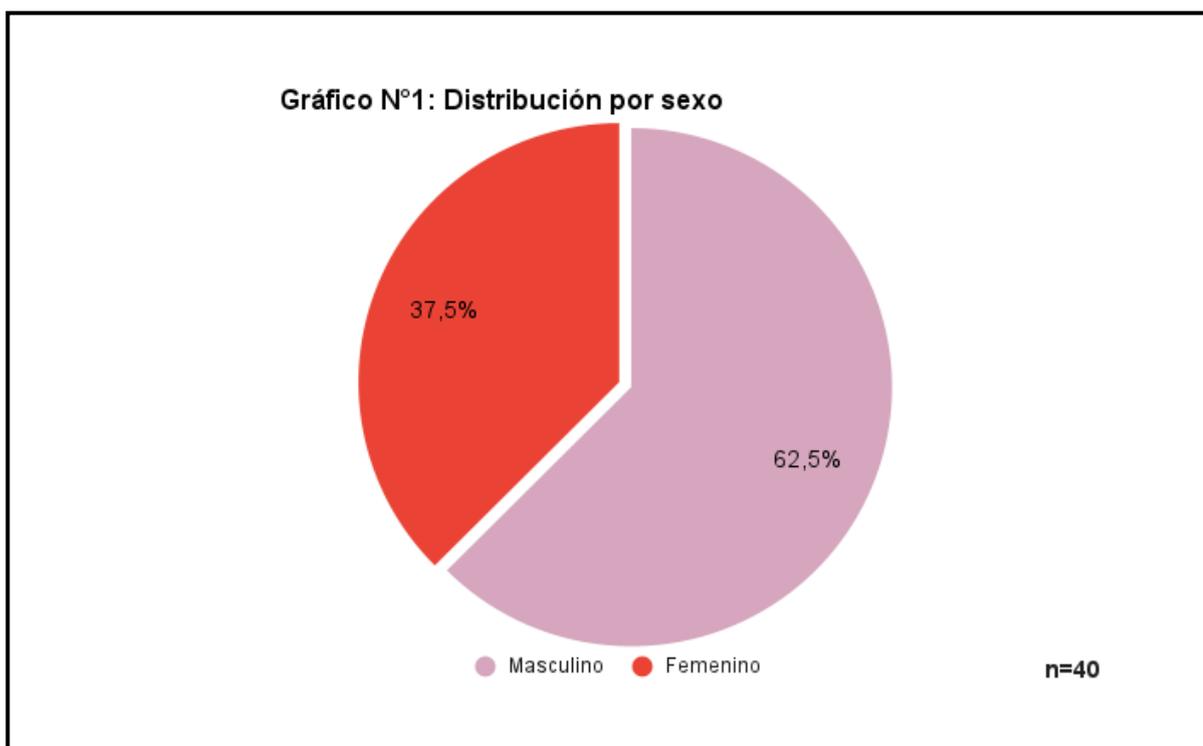
# ANALISIS DE DATOS



En la presente investigación se llevó a cabo un trabajo de campo que consistió en la recolección de datos a través de las historias clínicas de los pacientes y la realización de una encuesta de manera virtual para los tutores, ambos métodos utilizados para conocer el estado nutricional, la forma de alimentación postquirúrgica y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación en los niños mayores de 5 meses luego de la intervención quirúrgica de Fisura Labioalveolopalatina en la ciudad de Buenos Aires. La muestra formada por 40 niños y 40 de sus respectivos tutores. La investigación se ha realizado durante el mes de Diciembre 2021 en la ciudad de Mar del Plata.

Para iniciar, se detallan los gráficos obtenidos a partir de los datos recabados de las Historias clínicas

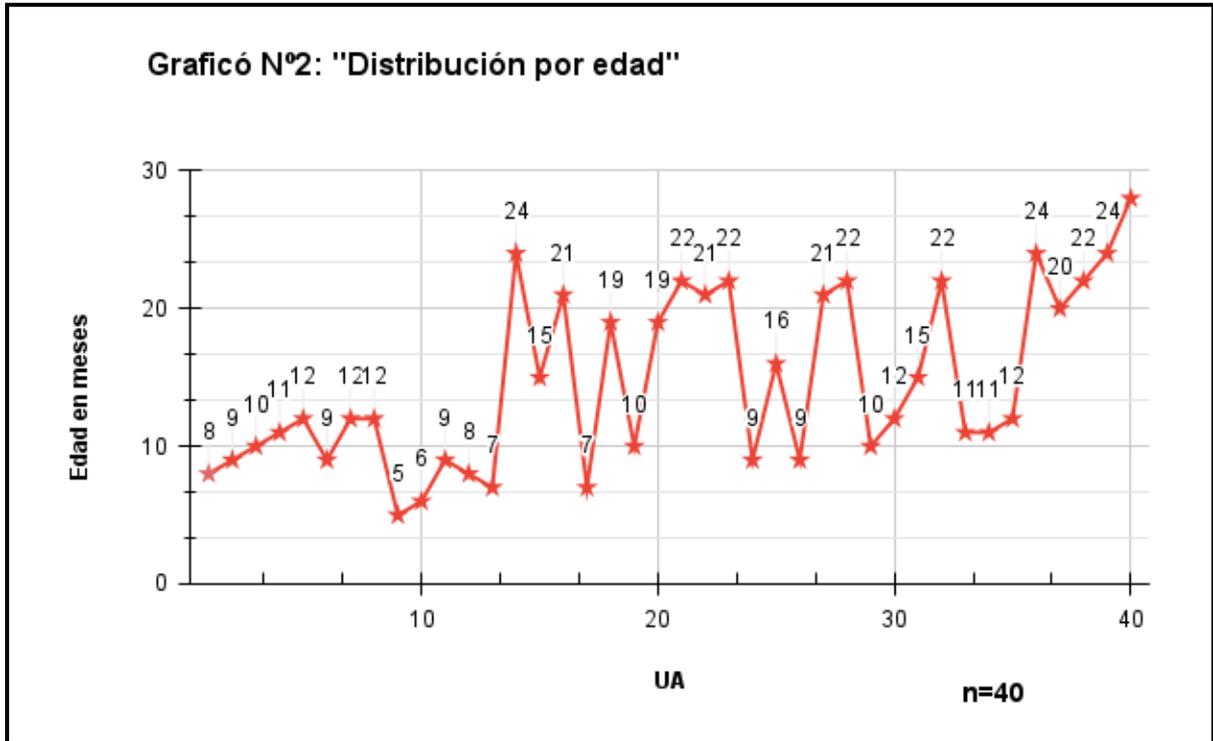
A continuación en el Gráfico N°1 , se observa la distribución por sexo del total de los niños:



Fuente: elaboración propia

El presente gráfico muestra que la mayoría de los pacientes son de sexo masculino, representando un 62,5% del total de los pacientes estudiados, es decir 25 de los pacientes encuestados son de sexo masculino.

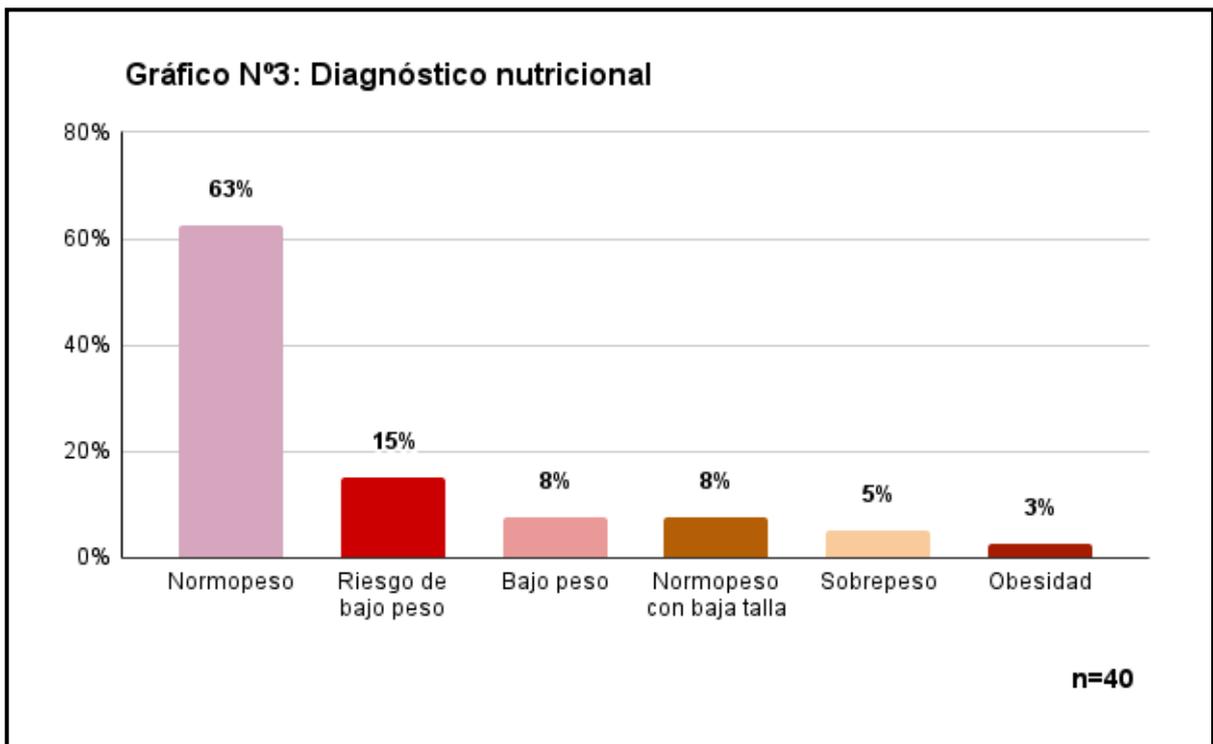
Posterior, se detalla en el Grafico N°2, la distribución etárea expresada en meses que presentan los niños que conforman la muestra,



Fuente: elaboración propia

De acuerdo a los resultados obtenidos, la franja etaria de la población estudiada varía entre los 5 y 28 meses de edad.

Posteriormente se determinó a partir de las historias clínicas el estado nutricional de los niños luego de la cirugía, obteniendo como respuestas Normopeso, Riesgo de Bajo peso, Bajo peso, Normopeso con baja talla, Sobrepeso y Obesidad.

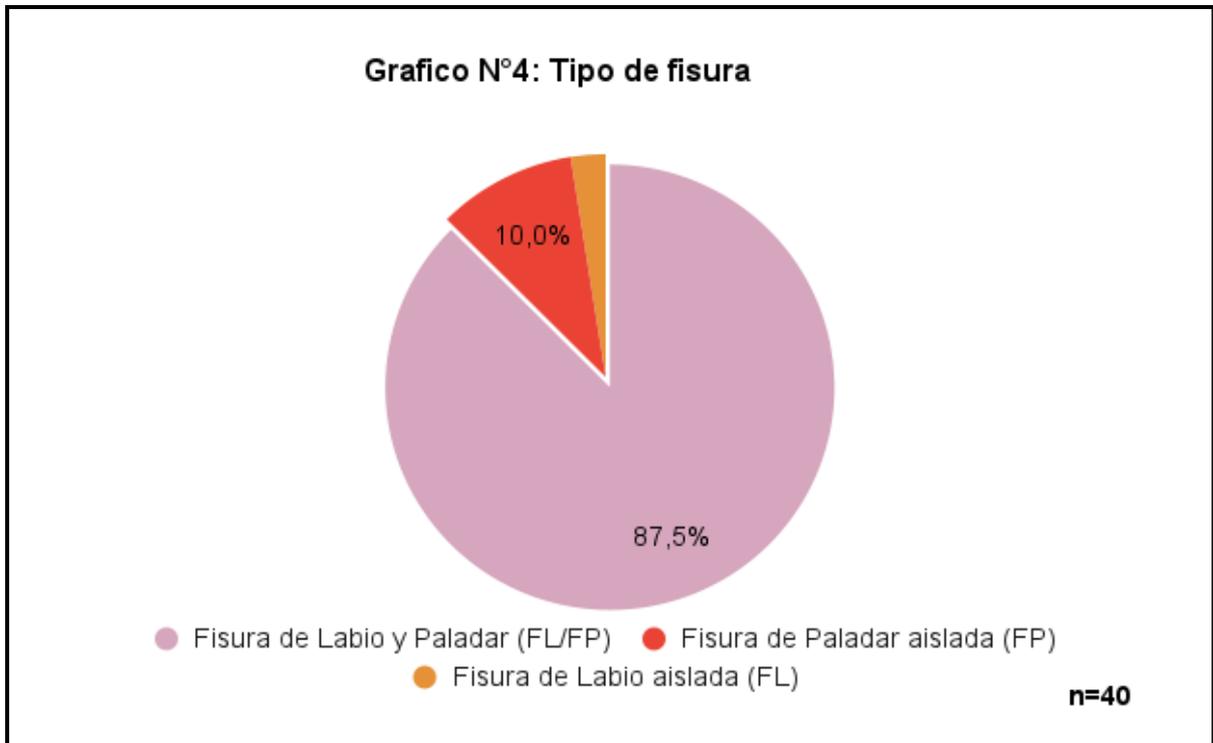


Fuente: elaboración propia

El diagnóstico se realizó en la fecha de control de los niños postcirugía. Los resultados obtenidos fueron de un Estado nutricional post cirugía Normal en la mayoría de los niños, siendo un 63% del total, representado por 25 de los niños. En un 15% los niños presentaron un diagnóstico de Riesgo de Bajo peso. En menor proporción se encontraron niños con Bajo peso, Normopeso con baja talla, Sobrepeso y Obesidad.

Datos obtenidos de las encuestas de los tutores de los niños con Fisura Labioalveolopalatina.

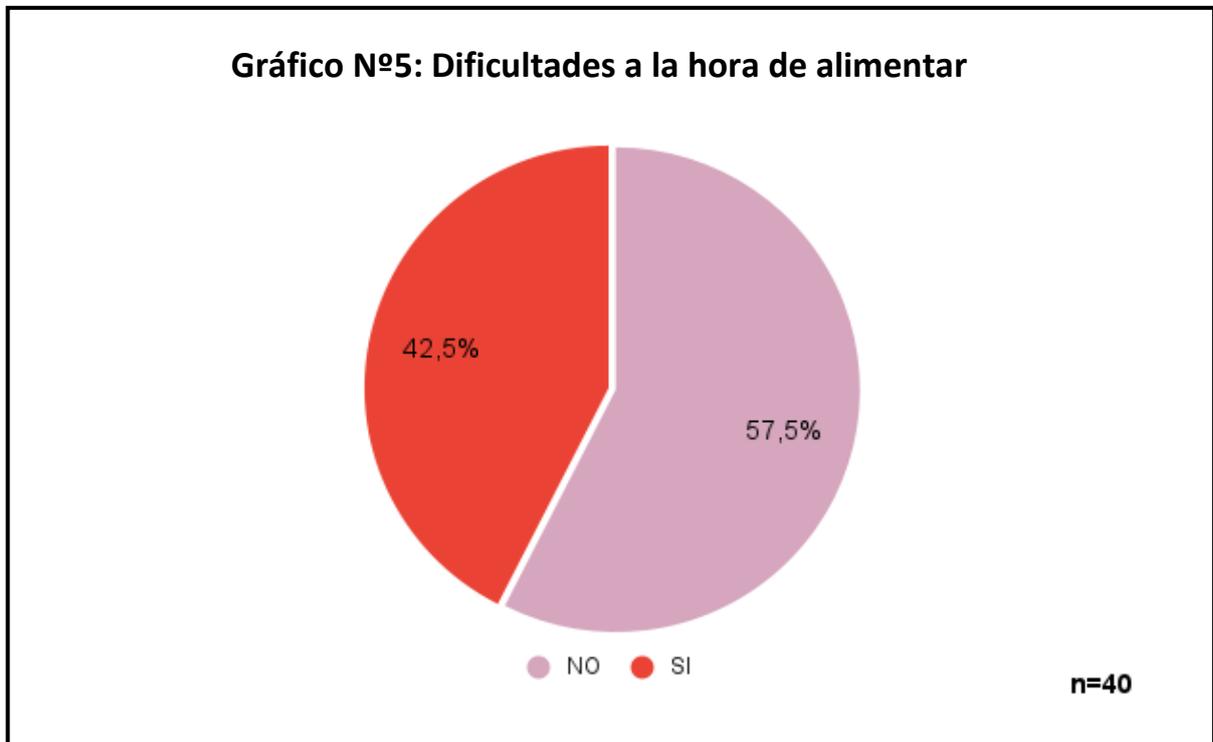
Se analiza el tipo de fisura identificada en los niños



Fuente: elaboración propia

Se ha comprobado según los tutores de los niños con fisuras que el 87,5% del total de la muestra resultó presentar Fisura de labio y paladar, siendo el 10% niños con fisura de paladar aislada y el 2,5% restante niños con fisura de labio aislada. Se presentaron un total de 35 niños con FL/FP, 4 niños con FP y 1 niño con FL.

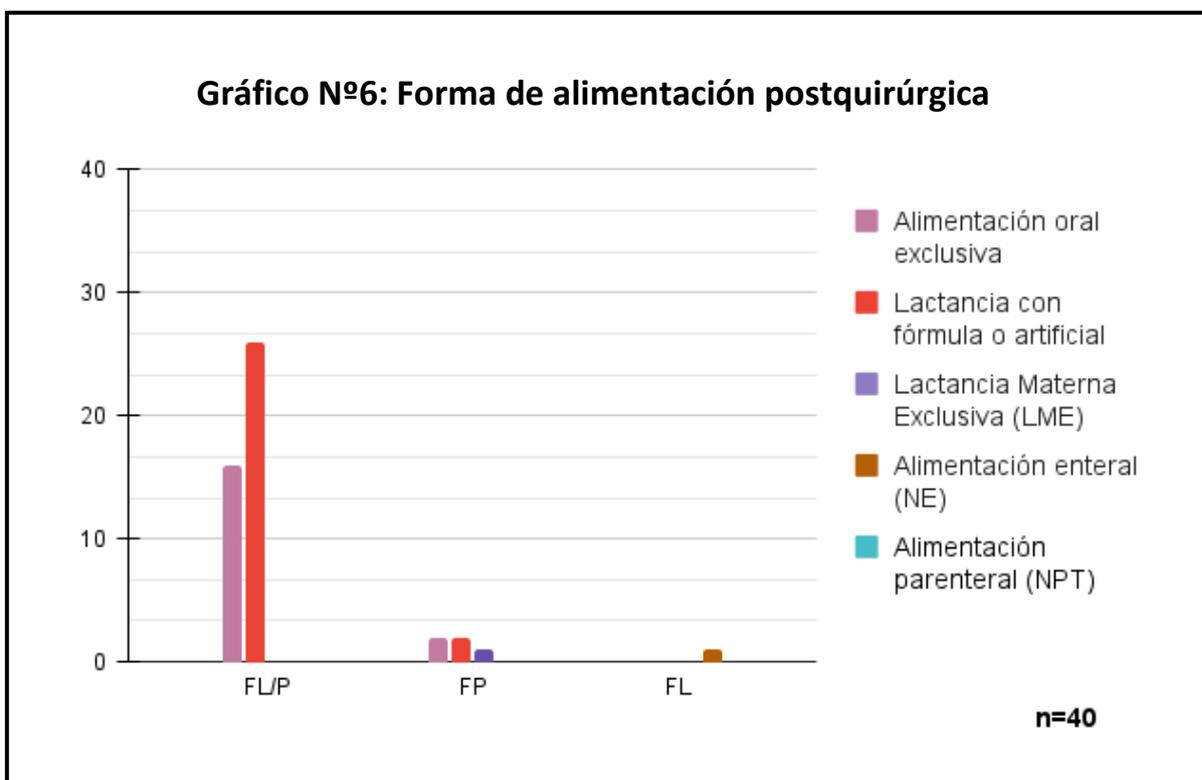
Se ha averiguado, además, si existe o no dificultades a la hora de alimentar.



Fuente: elaboración propia

El gráfico muestra que la mayoría de los tutores encuestados, 23 de un total de 40 tutores siendo el 57,5%, no presentaron asociar dificultades a la hora de alimentar a su niño luego de la reparación quirúrgica. Así los restantes 17 tutores, siendo el 42,5%, se destacaron por presentar al menos alguna dificultad a la hora de alimentar al niño.

A continuación se consulta sobre la forma de alimentación postquirúrgica que seleccionan las madres con los niños.

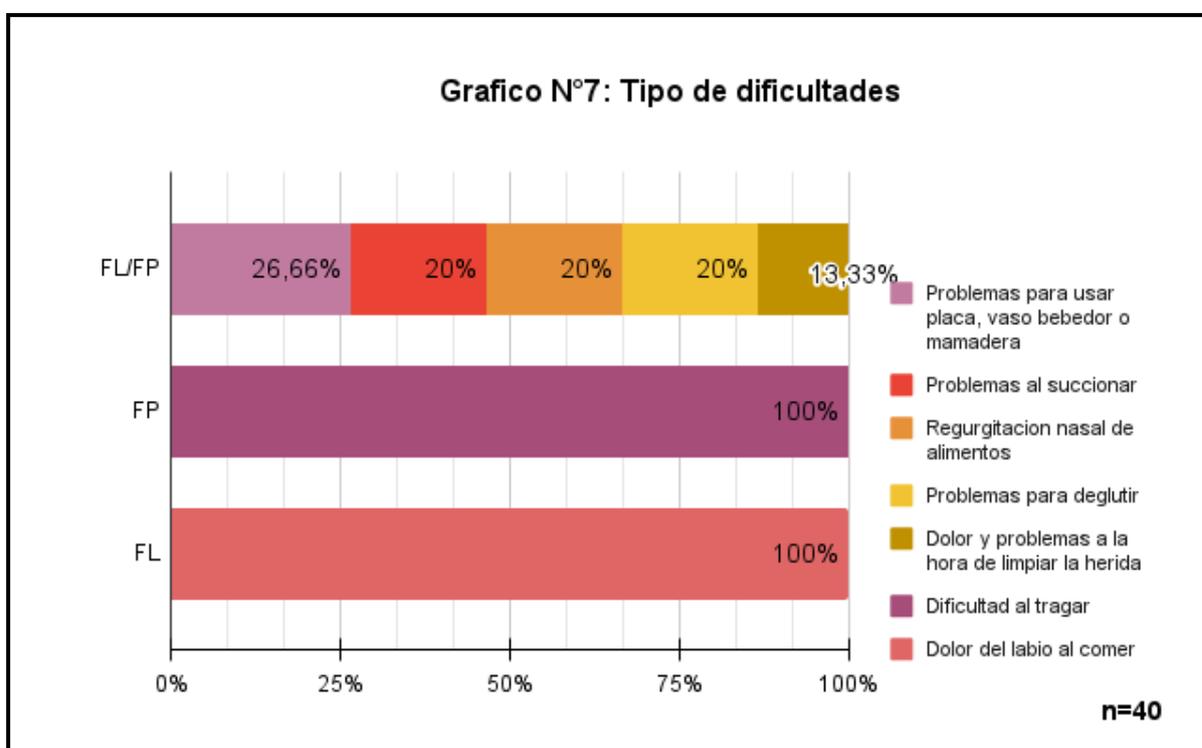


Fuente: elaboración propia

Se pudo observar que los tutores de los niños que presentan Fisura de labio y paladar (FL/P) fueron un total de 35, los cuales eligieron 26 veces la opción de alimentación a través de lactancia con fórmula o artificial, siendo el 61,90%, mientras que en menor cantidad, 16 veces, se seleccionó la forma de alimentación oral exclusiva brindada a los niños luego de la cirugía, siendo el 38,10% del total de opciones elegidas. A su vez se visualizó que en niños con Fisura de paladar aislada (FP) solo 4 madres presentaron tener niños con este tipo de fisura y que seleccionaron en igual cantidad, tanto la alimentación oral exclusiva como la alimentación de lactancia con fórmula o artificial, siendo 2 veces elegidas para cada tipo, es decir un 40% del total de las opciones elegidas tanto para Alimentación oral exclusiva como para Lactancia con fórmula o artificial. La opción de alimentación a través de Lactancia Materna exclusiva (LME) en madres con niños con FP fue la menos elegida, seleccionada 1 solo vez, representando solo un 20% del total de las opciones elegidas. En cuanto a la Fisura de labio aislada (FL) se eligió sólo una vez la opción de alimentación enteral, representando un 100% de las opciones elegidas. Se puede establecer que para la mayoría de los tipos de

fisuras, es decir FL/FP y FP específicamente, en niños que se sometieron a cirugía, se optó por utilizar la forma de alimentación oral exclusiva y lactancia artificial o fórmula. También destacar que la forma de alimentación parenteral (NPT) no fue seleccionada por ninguna madre como opción a la hora de alimentar al niño después de la cirugía. En esta pregunta la muestra podía elegir más de una opción.

Siguiendo la pregunta anterior, en el Gráfico N°7 se determinó el tipo de dificultades que habían presentado aquellas madres a la hora de alimentar a su niño, es decir, un total de 17 madres.

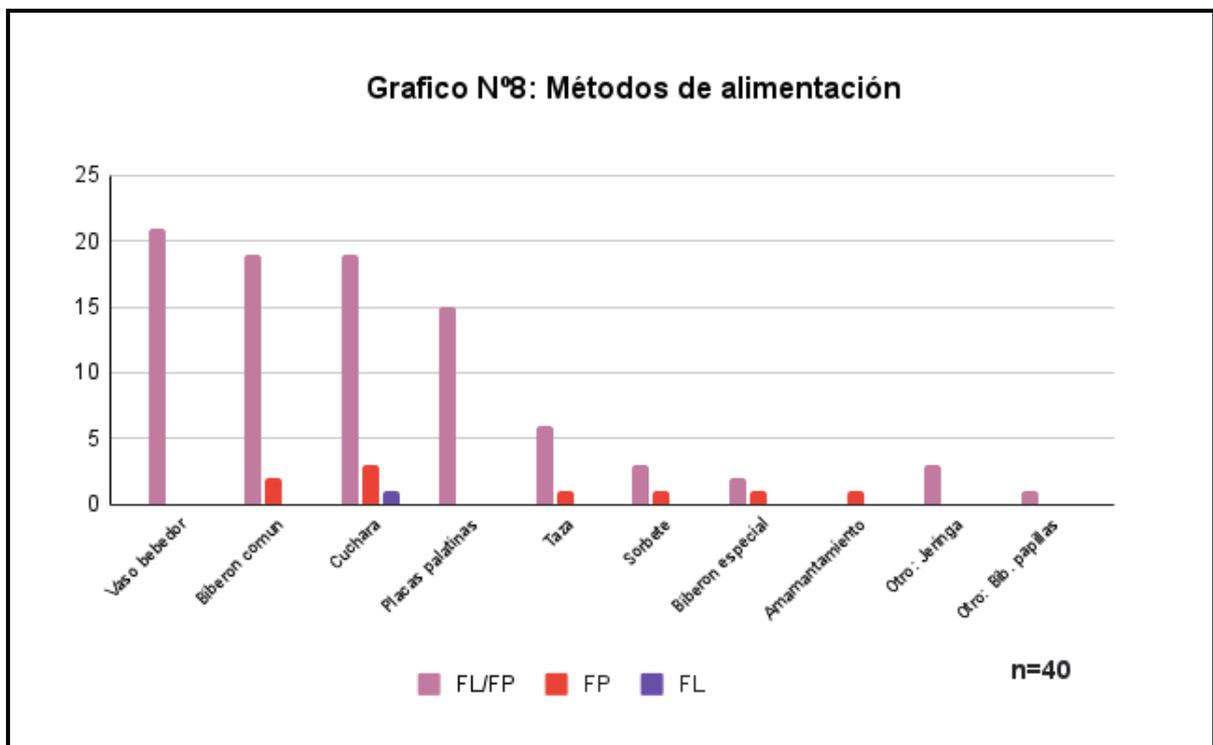


Fuente: elaboración propia

Por lo tanto, que de un total de 17 madres que presentaron dificultad a la hora de alimentar a su niño, solo 15 correspondieron a madre con niños con tipo de fisura de labio y paladar. Dentro del tipo de dificultades que mencionaron se pudo observar que en su mayoría ,4 de las madres, expresó tener problemas para que el niño use la placa, vaso bebedor o mamadera luego de la cirugía, correspondiente a un 26,66%. A su vez, 3 de las madres detallaron problemas al succionar, otras 3 problemas para deglutir y también regurgitación nasal de los alimentos, todas dando como resultado un 20% del total. El 13,33% restante se

visualizó en 2 madres que contestaron tener problemas a la hora de limpiar la herida y dolor postquirúrgico con su niño, siendo así la dificultad menos destacada. Por otro lado; del total de 17 madres que presentaron dificultad a la hora de alimentar a su niño, solo 1 madre presentó dificultades en su niño con fisura de paladar aislada, relatando como principal problema la dificultad para tragar luego de la operación. En cuanto a la fisura de labio aislada, solo 1 madre relató problemas en su niño, destacando como única dificultad, el dolor en el labio durante el momento de alimentarlo.

Se representan los diferentes métodos que las madres utilizaron a la hora de alimentar a su niño, comparándolos según el tipo de fisura que cada niño presente



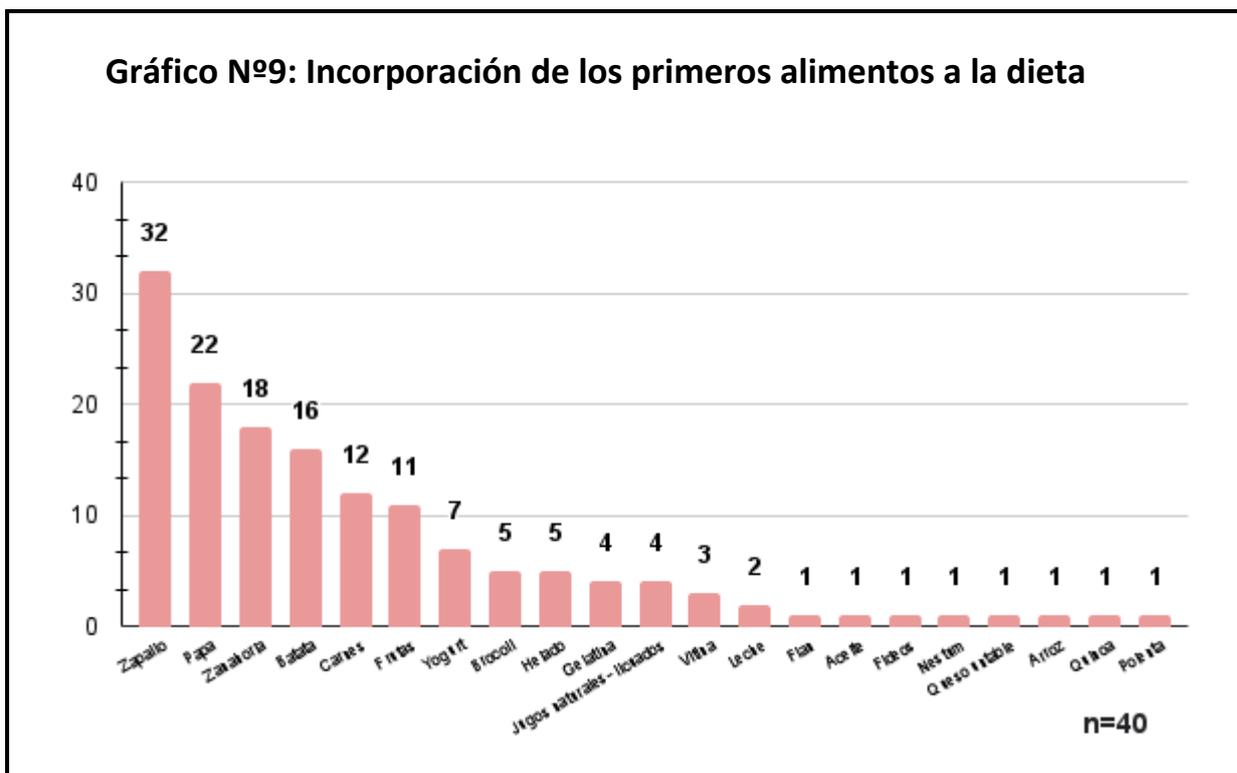
Fuente: elaboración propia

Aquí se puede comparar el tipo de fisura con el tipo de método seleccionado a la hora de alimentar al niño luego de la cirugía. Se puede observar que las madres que contaban con niños sometidos a cirugía de Fisura de labio y paladar en su mayoría, un total de 21 veces, seleccionaron y eligieron como base la utilización del vaso bebedor, mientras que para madres

con niños con Fisura de labio o paladar aislado la opción no fue la elegida. Tanto la opción de Biberón común como el uso de cuchara, fueron la segunda opción más destacada y con la misma cantidad de veces, siendo un número de 19 veces, por aquellas madres encuestadas. Como 3er opción para madres con niños con FL/FP, se determinó el uso de placas palatinas durante el momento de la alimentación con el objetivo de disminuir la regurgitación nasal de los alimentos. Tanto el método de taza, sorbete y biberón especial fueron los menos elegidos por las madres con niños FL/FP, mientras que el amamantamiento del niño en forma normal directamente, no fue elegido por ninguna madre, únicamente seleccionado en madres con niños con FP. Dentro de la opción de mencionar otro tipo de método de alimentación, 3 de las madres con niños FL/FP detallaron la utilización de la jeringa y 1 madre el uso de un biberón especial para papillas. Solo este tipo de madres con niños FL/FP fueron las que describieron utilizar otro tipo de método de alimentación que no se hallaba dentro de las opciones. En cuanto a madres encuestadas con niños con FP, siendo una menor cantidad de madres, resaltaron el método de cuchara como primera opción durante el momento de alimentar, seguido en segundo lugar la opción del biberón común. En menor medida se utilizó el método de taza, sorbete y biberón especial. Por otro lado, madres con niños con FL únicamente utilizaron el método de cuchara para alimentar a su niño después de la intervención quirúrgica. Se pudo inferir que la mayoría de las madres con niños con FL/FP usaron más de un método a la hora de alimentar al niño, mientras que madres con niños con fisura de labio o paladar aislado seleccionaron métodos más específicos. Además, los métodos como taza, sorbete y biberón especial fueron los menos mencionados por el total de las madres, sin importar el tipo de fisura.

Se investigó en las madres sobre el método de alimentación elegido, y si realmente había sido o no beneficioso durante el proceso. El 100 % señala que si, por lo que el total de las 40 madres respondieron que el método que seleccionaron a la hora de alimentar al niño luego de ser sometido a la cirugía les resultó en un 100% muy beneficioso.

A continuación las madres fueron sometidas a responder y detallar individualmente sobre los primeros alimentos que les brindaron a sus hijos luego de ser sometidos a la cirugía.

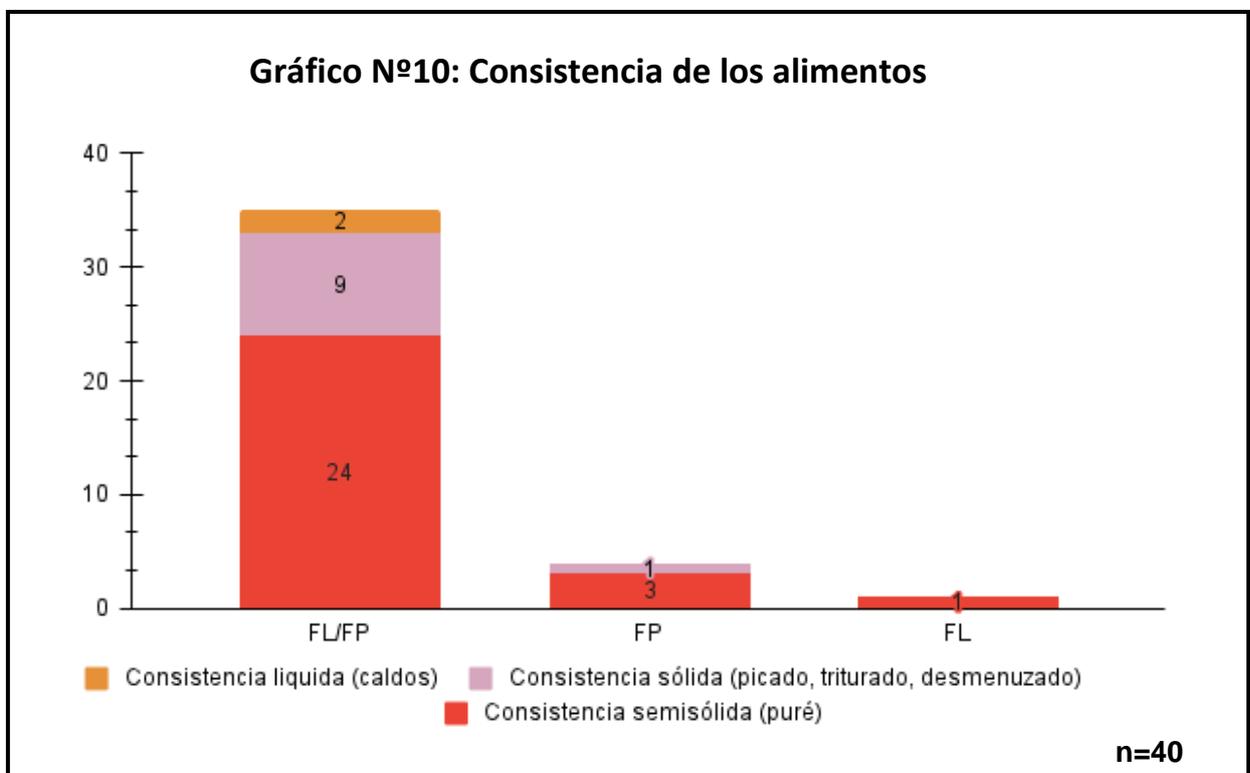


Fuente: elaboración propia

Los tutores respondieron con una amplia variedad de alimentos a la hora de incorporarlos en la alimentación del niño luego de la cirugía, pero cabe destacar cuales fueron los más seleccionados. Todas las verduras preferentemente se consumieron como papillas con forma de preparación tipo “puré” y hervido; el zapallo se eligió 32 veces por las madres, la papa 22 veces y en menor cantidad 18, 16 y 5 veces, la zanañoria, batata y brócoli; siendo este el menos elegido dentro de las verduras. Para el consumo de carnes, se observó que 12 veces las madres eligieron como opción este tipo de alimento para incorporarlo luego de las verduras. El pollo fue la carne más consumida por los niños, según lo respondido por las madres. Así, tanto la carne roja como el pescado también fueron consumidas pero con menor frecuencia, siendo el pescado la menos preferida. En cuanto a las frutas, las más consumidas por los niños, fueron la manzana y la banana. Tanto el rallado, pisado, hervido o en jugos naturales resultaron ser las principales formas de preparación a la hora de ingerirlas. Las madres describieron ofrecerles alimentos fríos a los niños luego de la cirugía, como yogurt, helado, gelatina, licuados y jugos naturales (preferentemente sin pulpa); esto se debe a que

se detectaba un gran dolor en la herida del niño, haciendo que estos mismos alimentos fríos disminuyan meramente el dolor.

También alimentos como leche, flan, fideos, queso untable, arroz, quínoa, polenta y aceite como condimento o para enriquecer preparaciones, fueron seleccionados por las madres, pero en muy poca cantidad de veces. Los cereales infantiles se eligieron por madres que tenían niños de menor edad. Conociendo los tipos de alimentos que seleccionaron las madres en el gráfico anterior, se pudo observar también el tipo de consistencias que detallaban a la hora de consumirlos; comparándolos según el tipo de fisura del niño.



Fuente: elaboración propia

Del total de madres que presentaron tener niños con FL/FP, es decir 35 madres, en su mayoría 24, utilizaron consistencia semisólida o puré para brindar alimentos como papa, zapallo, zanahoria a través de preparaciones tipo papilla o hervido. Por otra parte, 9 de las madres, prefirieron el uso de una consistencia sólida. El picado, triturado y desmenuzado de carnes fue el más seleccionado. En menor cantidad, 2 de las madres, relataron alimentar a su hijo a través de una consistencia únicamente líquida, a base de alimentos como gelatina, jugos naturales, caldos, helados, leche. La misma se utilizó en casos donde los niños presentaron

grandes dificultades a la hora de tragar y dolores intensos de la herida. Las madres de niños con FP fueron un total de 4 de los cuales 3 utilizaron consistencia semisólida y 1 madre consistencia sólida, mientras que en FL, siendo única la madre, utilizo consistencia semisólida. Según el tipo de fisura del niño todas las madres usaron la consistencia semisólida como estrategia para incorporar los primeros alimentos a la dieta.

**TABLA N°1:** Fisura de Labio y Paladar (FL/FP) y tipo de alimentación según niño analizado

A	U	TIPO DE FISURA	TIPO DE ALIMENTACION	DIFICULTAD	METODOS DE ALIMEN.	PRIMEROS ALIMENTOS ELEGIDOS	CONSISTENCIA
A1	U	F L/FP	Alimentación oral exclusiva	-	Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara	Pure de zapallo pure de manzana yogures gelatinas lo que era tipo carne o pollo era todo procesado	Consistencia semisólida (puré)
A3	U	F L/FP	Lactancia con fórmula o artificial	problemas de deglución	Biberón común, Sorbete	zapallo.banana	Consistencia semisólida (puré)
A4	U	F L/FP	Lactancia con fórmula o artificial	-	Vaso bebedor, Cuchara	Verduras hervidas (zapallo, papas, zanahorias) y frutas, pisado con tenedor	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)
A5	U	F L/FP	Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	-	Biberón especial, Alimentación utilizando placas palatinas, Cuchara	Calabaza y banana	Consistencia semisólida (puré)
A6	U	F L/FP	Alimentación oral exclusiva	-	Biberón común	Papillas yogures	Consistencia semisólida (puré)
A7	U	F L/FP	Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común, Vaso bebedor	Papillas verduras hervidas con vapor	Consistencia semisólida (puré)
A8	U	F L/FP	Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor	Papillas ancó. Queso untable arroz casi pasado para hacer pure	Consistencia semisólida (puré)

A9	U L/FP	F	Alimentación oral exclusiva	-	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara, Sorbete	Papa, batata, zapallo, zanahoria, polenta, semola, yoghurt entero, pure de frutas, nestle	Consistencia semisólida (puré)
A11	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	Después de la reconstrucción de labio leporino, costo que succione por no tener el paladar. Pudo alimentarse por boca después de dos meses de estimularlo, en el transcurso de ese tiempo se alimentó por sonda nasogástrica.	Vaso bebedor	Puré de papas, zanahoria y pollo hervido, todo eso lo paso por el mixer con un poco de leche para que quede bien espeso.	Consistencia líquida (caldos)
A13	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	Escape de líquidos y alimentos por nariz y arcadas en algunas oportunidades con algunos alimentos sólidos	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Cuchara	Papillas y yogurt	Consistencia semisólida (puré)

A14	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	En la operación de labio costó mucho que tome la mamadera xq no podía usar su placa por varios días. Y en la operación del paladar costó mucho que quiera usar su vasito para alimentarse.	Biberón común, Taza	Los primeros alimentos fueron puré de todo tipo y luego fuimos incorporando cosas frías para desinflamar paladar.	Consistencia semisólida (puré)
A15	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común, Jeringa	Papillas	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)
A16	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	-	Vaso bebedor, Cuchara	Helado, gelatina, yogur	Consistencia semisólida (puré)
A17	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	Los primeros meses tubo que tener vía porque bajaba mucho de peso cuando tomaba mamadera	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor	Papilla ,pollo, fideos, frutas	Consistencia semisólida (puré)
A18	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común	papillas	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)

A19	U L/FP	F Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas	Calabaza, pollo y carne procesados, batata.	Consistencia semisólida (puré)
A20	U L/FP	F Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	-	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara, Sorbete, Taza	Pure de calabaza... Banana pisada... Manzana rayada	Consistencia semisólida (puré)
A21	U L/FP	F Lactancia con fórmula o artificial	Tenía reflujo! Su alimentación tenía que ser espesa porque el bebe se me ahogaba.	Vaso bebedor, Con jeringa los primeros dias después vaso bebedor	Papilla de zapallo con un poquito de aceite primer alimento	Consistencia semisólida (puré)
A22	U L/FP	F Alimentación oral exclusiva	-	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara, Taza	Verduras hervidas en trozos, frutas, pollo, pescado etc	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)

A23	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	Al no poder tomar con la mamadera los primeros días. Se dificultaba porque no quería de otra forma. Hasta que de a poco lo hacíamos con jeringa y cuchara.	Cuchara, Jeringa en la primera cirugía y vaso en la segunda	Gelatina. Puré de calabaza. Pollo triturado con caldo	Consistencia semisólida (puré)
A24	U L/FP	F	Alimentación oral exclusiva	-	Vaso bebedor, Cuchara, Taza	Calabaza, pollo, brócoli, papa, zanahoria, quinoa	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)
A25	U L/FP	F	Alimentación oral exclusiva	-	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor	Licuada, agua, jugos naturales, yogurth, papillas caldos naturales.	Consistencia semisólida (puré)
A26	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	Con la succión. Pero con paciencia siempre logró alimentarse bien y el peso óptimo.	Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara	Helado	Consistencia semisólida (puré)
A27	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común	Papilla, carne desmenuzadas con papilla verduras sopas	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)
A28	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	-	Biberón común	Zapallito, brocoli, papillas.	Consistencia semisólida (puré)

A29	U L/FP	F Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	Enseña a los músculos de la lengua a succionar y deglutir	Biberón común, Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara	Banana, manzana, zapallo, cereal infantil	Consistencia semisólida (puré)
A30	U L/FP	F Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	-	Vaso bebedor, Cuchara	Yogurt, flan, leche	Consistencia semisólida (puré)
A31	U L/FP	F Alimentación oral exclusiva	-	Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor, Cuchara	comer con la placa nada de mamadera	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)
A33	U L/FP	F Alimentación oral exclusiva	La primera vez cuando nació ella pecho no podía tomar el pecho y mamadera no tenía los secretos para darle de beber.	Biberón común, Biberón especial, Alimentación utilizando placas palatinas, Cuchara, Taza, Utilice también una mamadera de papillas que en vez de tener tetina en forma de pezón tenía una cuchara y su extremo así podía comer estando en cualquier lado.	Usaba purés mixtos (calabaza, papá, batata, zanahoria, espinaca, etc) con pollo carnes y pescados	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)

A34	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	Dolores postoperatorios y dificultad de ingerirlos	Biberón común, Cuchara	Zapallo, carne, pollo, Brocolí, zanahoria, batata, papá	Consistencia semisólida (puré)
A35	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva	Después de la segunda operación la dificultad fue la limpieza de los puntos del paladar	Vaso bebedor, Cuchara	Zapallo, banana, pollo	Consistencia semisólida (puré)
A36	U L/FP	F	Alimentación oral exclusiva	-	Vaso bebedor	Papilla	Consistencia semisólida (puré)
A37	U L/FP	F	Alimentación oral exclusiva	La comida se le salía x la nariz	Cuchara	Gelatina todo líquido	Consistencia líquida (caldos)
A39	U L/FP	F	Lactancia con fórmula o artificial	Problemas al tragar	Alimentación utilizando placas palatinas, Vaso bebedor	Gelatina yogurt papa zapallo	Consistencia semisólida (puré)
A40	U L/FP	F	Alimentación oral exclusiva	Dolor y complicación en la limpieza de puntos	Cuchara, Taza	Triturado de carnes y pures de papa y zapallo	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)

Fuente: elaboración propia

De las madres encuestadas con niños que presentaron FL/FP se pudo establecer relación de lo que respondieron entre los alimentos recién incorporados a la dieta con las complicaciones asimiladas. La mayoría de las comidas frías como el yogurt, helado, jugos

naturales y gelatina se incorporó en madres que mencionaron tener niños con complicaciones a la hora de alimentar. Todas las verduras preferentemente se consumieron como papillas con forma de preparación tipo “puré” y hervido; el zapallo , la papa y en menor cantidad la zanahoria, batata y brócoli; siendo este el menos elegido dentro de las verduras. En cuanto a las consistencias se determinó que la más elegida fue la semisólida, independiente del tipo de alimentación. En menor medida se estableció la consistencia solida principalmente proveniente de niños con alimentación oral exclusiva. Los niños que se alimentaron de forma oral exclusiva progresaron directamente a una consistencia sólida. A su vez la consistencia liquida fue utilizada tanto en niños con lactancia artificial como alimentación oral exclusiva pero si en niños que presentaron problemas para deglutir, tragar y succionar.

**Tabla N°2:** Fisura de Palada aislada (FP)

TIPO DE FISURA	TIPO DE ALIMENTACION	DIFICULTAD	METODOS DE ALIMEN.	PRIMEROS ALIMENTOS ELEGIDOS	CONSISTENCIA
UA2	Lactancia con fórmula o artificial, Alimentación oral exclusiva		Biberón común, Cuchara	Calabaza, Zapallo	Consistencia sólida (picado, triturado, desmenuzado)
UA12	Alimentación oral exclusiva		Cuchara, Taza	Papillas de verduras y frutas	Consistencia semisólida (puré)
UA32	Lactancia con fórmula o artificial	Le costaba tragar...	Biberón común, Cuchara, Sorbete	Helado, agua, jugos sin pulpas.	Consistencia semisólida (puré)
UA33	Lactancia Materna Exclusiva (LME)		Biberón especial, Amamantamiento de forma normal	Alimentos pisados papa zapallo	Consistencia semisólida (puré)

Fuente: elaboración propia

Según el tipo de alimentación que las madres eligieron para sus hijos con FP, se detecta que la lactancia con fórmula y la alimentación oral exclusiva fueron las más seleccionadas, siendo la LME la menos usada. En ciertos casos de la alimentación con fórmula se observó que el niño presentaba problemas a la hora de tragar, solo este tipo de alimentación mostró algunas dificultades a la hora de alimentar. El presentar alguna dificultad varía en el tipo de alimento elegido al momento de incorporarlos a la dieta, es decir, se destacaron alimentos más fríos como helado, jugos sin pulpa y agua. Tanto en la incorporación de alimentos a la dieta luego de la progresión de un tipo de alimentación con fórmula, oral o lactancia materna exclusiva, se prefirió alimentos como verduras, especialmente calabaza, zapallo, papa y frutas. La mayoría de estos alimentos se consumió a través de un tipo de preparación tipo "papilla", con una consistencia semisólida tipo "puré"; y en menor porcentaje se destaca la utilización de una consistencia sólida. Los métodos para alimentar, como biberón común y cuchara, fueron los más elegidos en madres que brindaron alimentación con fórmula mientras que en la alimentación oral además se utilizó la taza como estrategia. En madres que brindaron únicamente LME se amamantó de forma normal y además se utilizó la alimentación con biberón a través de un biberón especial, con tetinas apropiadas.

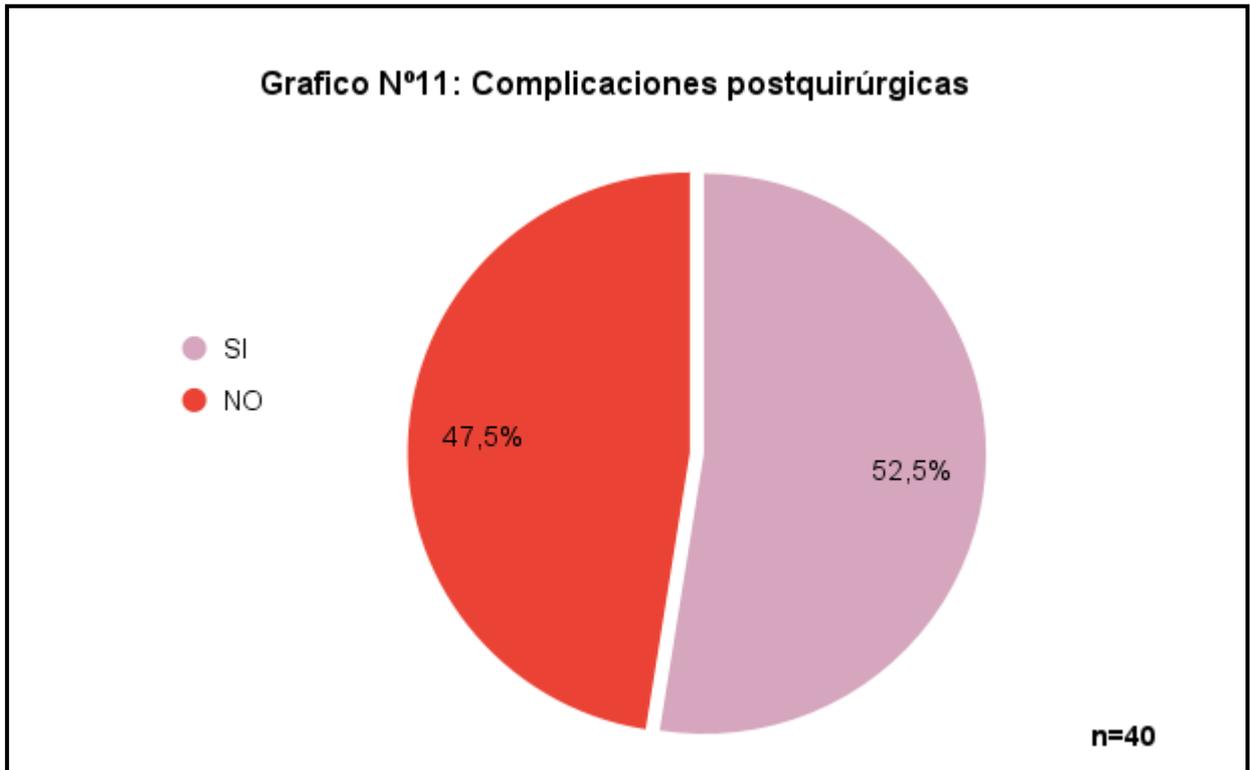
**Tabla N°3:** Fisura de Labio aislada (FL)

TIPO DE FISURA	TIPO DE ALIMENTACION	DIFICULTAD	METODOS DE ALIMEN.	PRIMEROS ALIMENTOS ELEGIDOS	CONSISTENCIA
FL	Alimentación enteral (NE)	Le dolía mucho el labio al comer	Cuchara	Puré	Consistencia semisólida (puré)

Fuente: elaboración propia

1 de las 40 madres con niños con FL, determinaron alimentar a su niño luego de la cirugía a través de la nutrición enteral. Se observó que la madre prosiguió con la alimentación oral del niño utilizando el método de cuchara para cuidar la herida ya que presentó tener dificultades de dolor en el labio. A partir de la alimentación oral, los primeros alimentos incorporados a la dieta fueron de tipo "puré" destacando una consistencia semisólida.

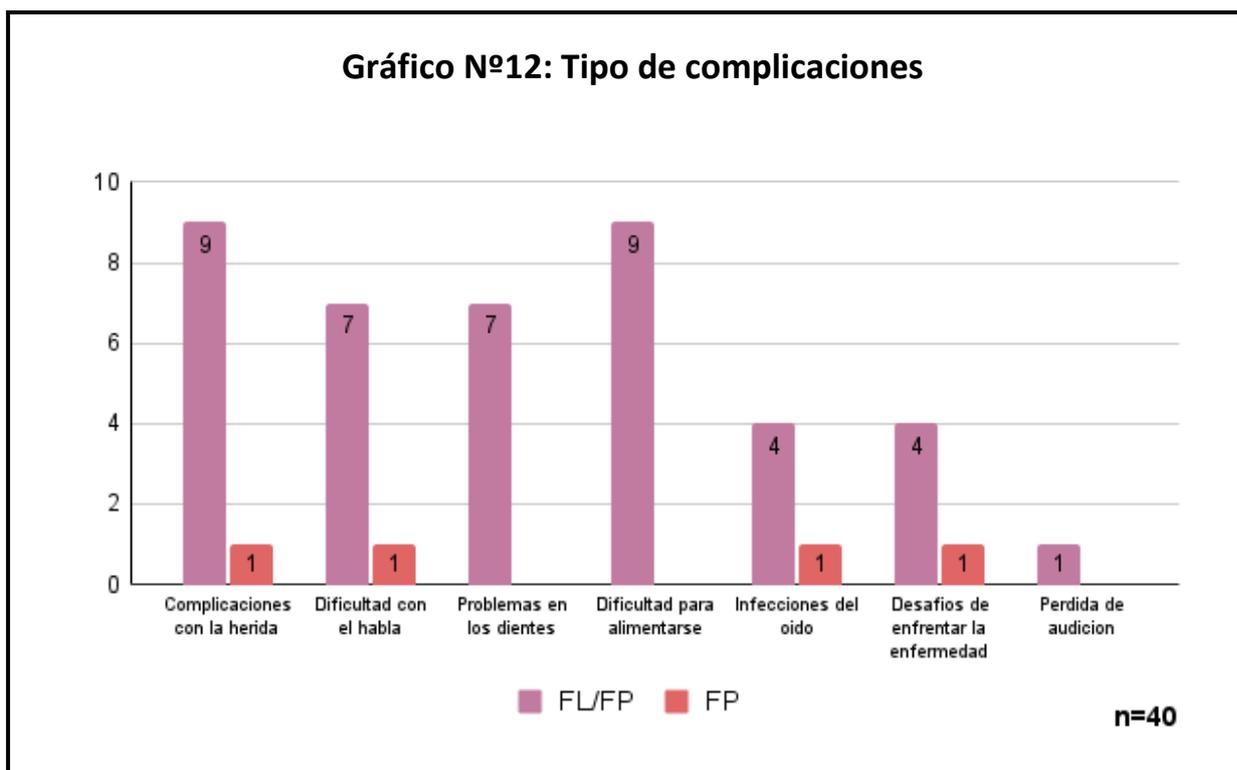
Correspondiente a la pregunta número 9, se muestra en el Gráfico N°11 si los niños de los tutores presentaron complicaciones postquirúrgicas o no.



Fuente: elaboración propia

Del total de 40 madres se determinó que el 52,5%, es decir 21 madres, presentaron complicaciones luego de la intervención quirúrgica de fisura, mientras que el 47,5% restante no presentaron dificultades.

Se pudo conocer también, a partir de lo que las madres expresaron, los tipos de complicaciones más frecuentes luego de la intervención según cada tipo de fisura; la información brindada se encuentra en el gráfico siguiente, Gráfico N°12

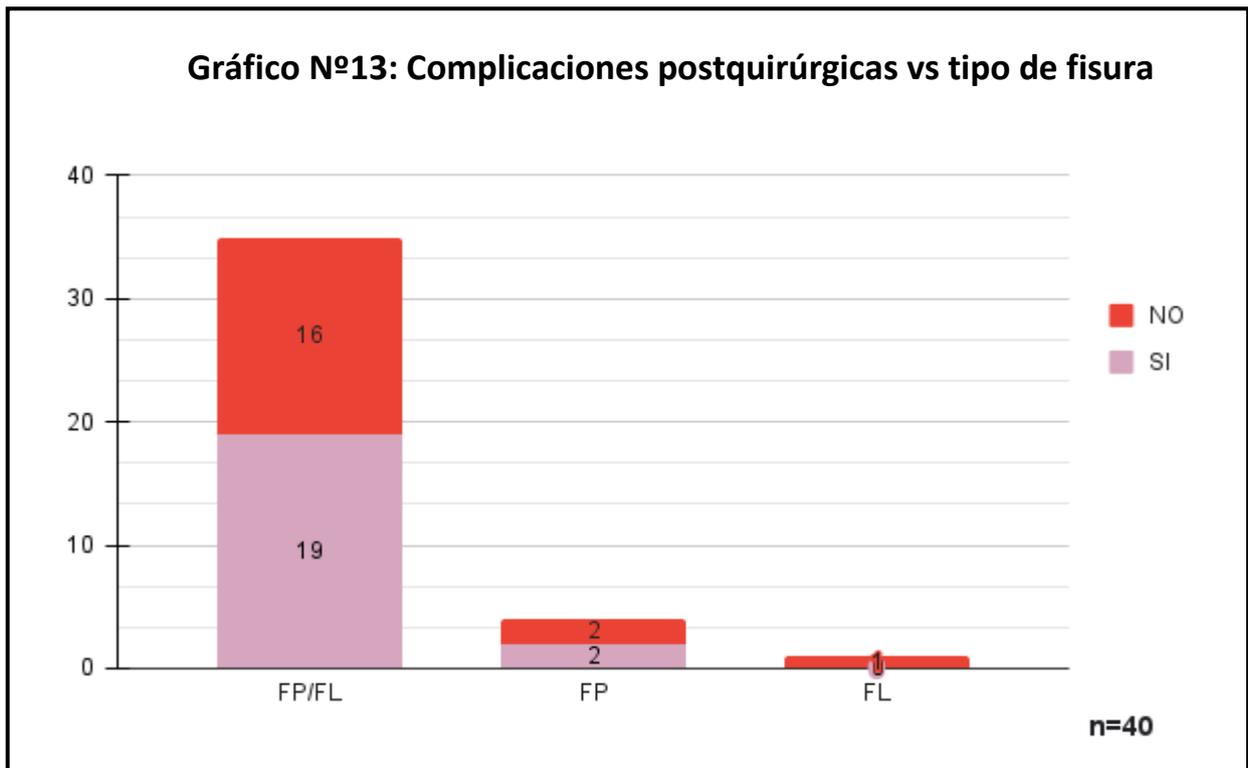


Fuente: elaboración propia

Para conocer el tipo de complicaciones que las madres presentaban, se destacaron una serie de opciones, de las cuales las madres seleccionaron las correspondientes con sus hijos y sus fisuras. Las madres que presentaban niños con FL/FP marcaron en primer lugar presentar mayores inconvenientes con la herida y con dificultad para alimentarlos, siendo segundo lugar, dificultad en el habla y problemas en los dientes. Los menos mencionados como problemática, fueron las infecciones del oído, desafíos para enfrentar la enfermedad y la pérdida de audición. En niños con FP las complicaciones más destacadas fueron las complicaciones con la herida, dificultad en el habla, infecciones del oído y desafíos para enfrentar la enfermedad. Tanto los problemas en los dientes, la dificultad para alimentarse y la pérdida de audición no fueron mencionados por las madres como una complicación. En niños con FL no se encontró ninguna dificultad luego de la intervención quirúrgica. Se pudo

reconocer que la complicación en la herida fue la problemática más mencionada por las madres, tanto de niños con FL/FP como FP, mientras la dificultad para alimentar a los niños solo fue mencionada como problemática por madres con niños con FL/FP.

Luego se comparó el total de madres con complicaciones con el tipo de fisura que existía en el niño, tal como se muestra en el Gráfico N°13.



Fuente: elaboración propia

Según el tipo de fisura, de las 35 madres con niños con FP/FL, 19 respondieron presentar alguna complicación luego de la cirugía, es decir más de la mitad. Mientras que de las 4 madres con niños con FP, 2 mostraron presentar complicaciones. En cuanto a FL, la única madre no presentó complicaciones en el niño luego de la intervención. Es decir la mayor cantidad de complicaciones se relacionaron con niños que presentaban FL/FP, siendo un 54,28%. En un 50% se presentaron dificultades en niños con FP y en un 0% niños con FL. Del total de madres, 21 refirieron complicaciones con sus hijos.

Se realizó una evaluación compuesta de 5 preguntas sobre temáticas relacionadas al modo de alimentación y nutrición de los tutores sobre los niños con fisura Labioalveolopalatina; con el propósito de detectar el nivel de información y conocimiento. Cada pregunta con el valor de 2 puntos y siendo un total de 10 puntos. En las respuestas que hubo mayor equivocación fueron las siguientes:

**Tabla N°4:** Preguntas con mayor cantidad de respuestas incorrectas

PREGUNTAS	RESULTADOS
¿Qué tipo de estrategias generales en el niño se deberían aplicar luego de la cirugía?	35/40
¿Cuál de las siguientes pautas de alimentación NO le resulta correcta a la hora de tener un niño con cirugía de fisura?	23/40
Durante la incorporación de líquidos a la dieta del niño, se comienza administrando con sorbete, luego vaso bebedor y finalmente se progresa a taza	21/40

Fuente: elaboración propia

Se visualiza con color rojo la cantidad de respuestas incorrectas que se obtuvieron de las preguntas que más errores tuvieron. En cuanto a la categorización de los resultados se pueden observar en la siguiente tabla:

**Tabla N°5:** Categorización del grado de información por puntuación

CATEGORIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Muy alto (8-10 puntos)	5	12,5 %
Alto (6 puntos)	20	50 %
Regular (4 puntos)	11	27,5 %
Bajo (2 puntos)	3	7,5 %
Muy bajo (0 puntos)	1	2,5 %

Fuente: elaboración propia

Los resultados reflejan que el 50% de las madres tienen un nivel de información “Alto” sobre el conocimiento de la alimentación y nutrición en los niños con Fisura Labioalveolopalatina y un 27,5 % “Regular”. En menor porcentaje se detecta un nivel de información “Bajo” con 7,5% y “Muy bajo” solo un 2,5%. Cabe destacar que 5 de 40 madres obtuvieron un resultado “Muy Alto” siendo el mismo un 12,5%. Además se realizó una pregunta con respuesta larga donde las madres dieran su opinión y consejo hacia otros padres a la hora de llevar a cabo un tratamiento y un seguimiento en un niño con Fisura Labioalveolopalatina. Se pudo concluir que muchas madres dieron respuestas muy similares entre sí, las cuales pudieron destacar el acompañamiento de los médicos y el equipo en conjunto para llevar adelante el tratamiento y el seguimiento del niño.



# CONCLUSION



En el presente trabajo de investigación se ha propuesto indagar el estado nutricional, la forma de alimentación postquirúrgica y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación en los niños mayores de 5 meses luego de la intervención quirúrgica de fisura labioalveolopalatina en la ciudad de Buenos Aires en el año 2021. La franja etaria de la población estudiada ha variado entre los 5 a 28 meses, entre los cuales el 62,5% del total ha sido sexo masculino. De los pacientes que han colaborado con el estudio, se determinó un total de 40 niños y sus respectivas 40 madres, el 63% del total de los niños, es decir 25 niños, presentó un Estado nutricional Normal luego de la cirugía, mientras que solo un 15% presentaron tener un diagnóstico de Riesgo de bajo peso, 8% Bajo peso, 8% Normopeso con baja talla, 5% sobrepeso y solo 3% Obesidad. De estos niños el 87,5% resultó presentar Fisura de labio y paladar, siendo un total de 35 niños que presentaron FL/FP. De los niños restantes, 4 corresponden a niños con FP y 1 con FL. Durante el proceso de la investigación se estudió la forma y el método de alimentación que las madres seleccionan para ofrecerles a los niños luego de la cirugía según el tipo de fisura. Dentro de la variedad de opciones que las madres podían elegir, se observó una amplia preferencia por la forma de alimentación a través de la lactancia con fórmula artificial, tanto en niños con Fisura de paladar como en niños con FL/FP. La alimentación oral exclusiva fue la segunda opción más elegida en ambas fisuras. La Lactancia Materna Exclusiva (LME) únicamente fue seleccionada por madres con niños con FP, pero la menos elegida, representando un 20% del total de las opciones elegidas, mientras que en un 40% se prefirió la Lactancia con fórmula y 40% Alimentación oral exclusiva. En cuanto a la FL aislada solo se observó que la única madre utilizó el tipo de alimentación enteral con su niño. Se pudo establecer, por lo tanto que en niños sometidos a cirugía con fisuras de FL/FP o FP utilizaron como forma principal, formas de alimentación oral exclusiva y lactancia artificial a través del método de vaso bebedor, mientras que para madres con niños con Fisura de labio o paladar aislado la opción no fue la elegida. También el uso del biberón común, cuchara y placas palatinas fueron opciones más elegidas en niños con FL/FP. En FP y FL aislada el método más elegido por las madres fue la cuchara. Es decir, la mayoría de las madres con niños con FL/FP usaron más de un método a la hora de alimentar al niño, mientras que madres con niños con fisura de labio o paladar aislado seleccionaron métodos más específicos. Además, los métodos como taza, sorbete y biberón especial fueron los menos mencionados por el total de las madres, sin importar el tipo de fisura. Por otro lado, la forma de alimentación parenteral (NPT) no fue seleccionada por ninguna madre como opción a la hora de alimentar al niño después de la cirugía. Esta forma de alimentación suele asociarse a niños con una dificultad grave a la hora de alimentarse acompañado de un estado nutricional alterado o una desnutrición severa. En la muestra se puede observar que no se encontró ningún niño con este tipo de características. Si bien se entiende que la recuperación

de la cirugía en niños con Fisuras suele presentar ciertas complicaciones y dolores a la hora de ingerir los primeros alimentos, especialmente en niños con FL/FP ya que se someten a dos tipos de cirugías continuas, muchas madres mencionaron no tenerlas y en caso de tenerlas, elegir las estrategias más adecuadas para poder llevar adelante el tratamiento. Del total de las madres encuestadas, 23 de ellas (57,5%) no presentaron asociar dificultades a la hora de alimentar al niño luego de la reparación, mientras que el 42,5% restante si lo asoció. Se compararon las dificultades con el tipo de fisura asociado, observándose que de las 17 madres que presentaron problemas para alimentar, 15 de ellas corresponden a niños con FL/FP. Con el 26,66% mencionaron como principal problema el uso de la placa, vaso bebedor o mamadera, y en menor proporción problemas al succionar, regurgitación nasal, problemas para deglutir, dolor y problemas a la hora de limpiar la herida. En FP solo se observó dificultad al tragar y en FL aislada dolor del labio al comer luego de la cirugía. Entonces se entiende que las mayores complicaciones o dificultades a la hora de alimentar se asociaron con madres con niños que presentaron tener FL/FP. En cuanto a la variedad de alimentos incorporados luego de la cirugía, las preparaciones tipo “papillas” fueron las más destacadas con alimentos como papa, zapallo, zanahoria. Tanto el consumo de carnes y frutas también fueron mencionados como un grupo de alimentos elegidos a la hora de alimentar niños con fisuras pero de forma pisados, triturados o desmenuzados. Los alimentos fríos como helado, yogurt, gelatina, jugos o licuados se ofrecieron en situaciones donde se presentaba dolor de labio o complicaciones con la herida del niño. Por lo tanto, se pudo concluir que en todos los tipos de fisura, la forma de consistencia más elegida a la hora de incorporar los primeros alimentos luego de la cirugía, fue “consistencia semisólida” (puré) para ciertos grupo de alimentos y en menor cantidad, en forma de progresión, “consistencia sólida” para otros grupos. Al identificar la información de las madres sobre temáticas relacionadas al modo de alimentación y nutrición de sus hijos, se vio reflejado que el 50% de ellas tenían un nivel de conocimiento “Alto”.

De esta manera surgen futuras preguntas a partir de esta investigación:

- ¿Se puede establecer una relación entre el método de alimentación que se utiliza y el tipo de dificultades que presenta el niño?
- Incrementar la información sobre niños con Fisura Labioalveolopalatina ¿mejoraría los desafíos para vincularse en la sociedad y enfrentar esta malformación congénita?
- ¿Se puede asegurar que el tipo de consistencia que se elija en el niño al incorporar los primeros alimentos resultará más o menos beneficioso luego de la cirugía según el tipo de fisura y la edad que presente?



# BIBLIOGRAFIA



- AFICAVALL - Asociación de fisurados y labio leporino de Castellón, Valencia y Alicante
- Alonso Arroyo, V., & Sánchez Abuin, A. (2020). La fístula palatina, una complicación de difícil manejo en el paciente fisurado pediátrico: Propuesta de reparación multicapa con membrana interposicional de colágeno.
- Angarita Villarreal, S. T., Castro Hernandez, M. L., Gutierrez Sanguino, A. F., Mantilla Serrano, M. F., & Suarez Luna, D. M. (2020). Nivel de conocimientos del estudiante de odontología en la fase de atención primaria de los pacientes con fisura labio alvéolo palatina.
- Asociación de Fisurados de Baleares (2015). <https://afibal.webnode.es/>
- Asociación Piel, Cirugía Reconstructiva Infantil. <http://www.asociacion-piel.org.ar/>
- Barrezueta Chiluzza, L. E. (2017). Valoración nutricional en niños de 3 a 5 años con diagnóstico de labio leporino y paladar hendido que acuden al Centro de Cirugía Plástica de Miraflores, octubre 2016-febrero 2017.
- Bennun, R. D., Tainijoki, S., Ylikontiola, L. P., Sándor, G. K., & Casadio, V. (2015). International multicenter protocol. Cleft Lip and Palate Management: A Comprehensive Atlas. Willey Blackwell, 53-61.
- Bessell, A., Hooper, L., Shaw, W. C., Reilly, S., Reid, J., & Glenny, A. M. (2011). Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Boyce, J. O., Reilly, S., Skeat, J., Cahir, P., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2019). ABM Clinical Protocol# 17: Guidelines for Breastfeeding

Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate—Revised 2019. *Breastfeeding Medicine*, 14(7), 437-444.

- Cabrera Hernández, M. J. (2021). Epidemiología de la Fisura Labio Palatina, diagnóstico y tratamiento integral. Artículo de Revisión.

- Fajardo, C. J. C., Silva, D. A. V., Soasti, I. M. R., & Garrido, F. J. P. (2020). Determinación de factores relacionados al desarrollo de fístulas palatinas posterior a una palatoplastia primaria. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*, 19(2), 32-37.

- Cáceres, T. P. (2018). Consideraciones en la alimentación de lactantes con fisura labio palatina. *REVISTA ESTOMATOLÓGICA DEL ALTIPLANO*, 3(2), 31

- Carballo, E. (2013). Evaluación nutricional en niños de 0-24 meses con Labio Leporino y Paladar Hendido

- Capitán Moyano, L. (2018). Influencia de los métodos de alimentación en la ganancia de peso tras la palatoplastia.

- Cassinelli, A., Pauselli, N., Piola, A., Martinelli, C., Alves de Azevedo, J. L., Bidondo, M. P., & Sala, A. (2018). Red nacional para la atención de niños/as con fisuras orales: organización, funcionamiento y primeros resultados.

- Cipolla, M. C. (2020). *Tratamiento y control de salud de niños con fisura labio alvéolo palatina, nacidos en 2015-2016 en el subsector público en Argentina* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata).

- Cuadros-Mendoza, C. A., Vichido-Luna, M. A., Montijo-Barrios, E., Zárate-Mondragón, F., Cadena-León, J. F., Cervantes-Bustamante, R., ... & Ramírez-Mayans, J. A. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Acta pediátrica de México*, 38(3), 182-201.

- De Vries, I. A. C., Breugem, C. C., Van der Heul, A. M. B., Eijkemans, M. J. C., Kon, M., & van der Molen, A. M. (2014). Prevalence of feeding disorders in children with cleft palate only: a retrospective study. *Clinical oral investigations*, 18(5), 1507-1515.
- Duarte Grijalva, R. M., González Bonilla, C. Y., & Ruiz Guerrero, G. G. (2016). *Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición que poseen los tutores de niños y niñas menores de 5 años con labio leporino y paladar hendido que asisten a operación sonrisa Nicaragua, segundo semestre 2015* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua).
- Elías-Madrigal, G. (2012). Guía de seguimiento del paciente con fisura labioalvéolopalatina (flap). *Acta Pediátrica de México*, 33(2), 98-100.
- Estacio Preciado, K. M., & Velásquez Baño, K. Y. (2017). *Deglución y su relación en la alimentación de los niños que presentan labio y/o paladar fisurado* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnología Médica).
- Estrella Quiñonez, B. (2012). Evaluación del estado nutricional en niños/as de 0 a 18 meses de edad con labio leporino y/o paladar hendido que acuden a la consulta externa del área de cirugía plástica y maxilofacial del Hospital de Niño Dr. Roberto Gilbert Elizalde.
- Fernández-Sánchez, J., & Magán Moya, A. (2010). El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina. *Ortod. esp.*(Ed. impr.), 382-397.
- Ford, M. A., EU, H. M. E. T., & Ps, R. A. C. (2010). Tratamiento de la fisura labio palatina. *Revista médica clínica las condes*, 21(1), 16-25.
- Ford, A. (2004). Tratamiento actual de las fisuras labio palatinas. *Rev Med Clin Condes*, 15(1), 3-11.
- Fundación de Paladar Hendido (2016).

- García Fariña, M. (2020). Diagnóstico prenatal, tratamiento y evolución del labio leporino.
- Glenny, A. M., Hooper, L., Shaw, W. C., Rielly, S., Kasem, S., & Reid, J. (2007). Intervenciones alimentarias para el crecimiento y desarrollo de niños con labio leporino, fisura palatina o labio leporino y fisura palatina. *The Cochrane Library*, 4, 1-25.
- González, A. P., Arce, A. A., León, U. A., & Palacios, R. A. (2006). Treatment for patients with bilateral cleft lip palate and prominent premaxilla. *Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica*, 13(4), 174-180.
- Groisman, B., Bidondo, M. P., Barbero, P., & Liascovich, R. (2016). La Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC): objetivos ampliados de la vigilancia. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(4), 295-297.
- Guerrero Moreno, J. X. (2019). *Obturador tridimensional de paladar fisurado en paciente pediátrico* (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
- Guía de Lactancia, Clínica del Niño y la Madre (2021)
- Hernández-Díaz, C., Cazalla, A. A., Ferrandis, F. P., Jorquera, J. C., & Rubio-Palau, J. (2017). Abordaje de la fisura labial unilateral mediante la queiloplastia de Meara. *Cir Pediatr*, 30, 111-116.
- Alcántara, H., & Yesenia, E. (2014). Conocimientos de la madres sobre el cuidado de los niños con labio leporino y paladar hendido posoperados en la campaña Santa Dorotea-Hospital Regional de Cajamarca-2014.
- Jetón Ulloa, J. M. (2019). Prevalencia de labio y paladar fisurado en niños de 0 a 5 años atendidos en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz de Quito, Pichincha-Ecuador 2017.

- Landa, G. G., & Fernández, M. C. P. (2011). *Guía de las fisuras labiopalatinas: una patología crónica*. Aspanif.
- Lombardo-Aburto, E. (2017). La intervención del pediatra en el niño con labio y paladar hendido. *Acta pediátrica de México*, 38(4), 267-273.
- López Bundschuh, J. L. (2019). *Complicaciones postquirúrgicas de la palatoplastia en pacientes con paladar hendido no sindrómicos: análisis de casos* (Master's thesis, Quito)
- Manual de procedimientos, Área de Nutrición, Fundación CONIN (2018)
- Martín, R. T. (2017). Fisura labial y palatina: Intervención enfermera en los procesos y técnicas de alimentación. Revisión bibliográfica. MUSAS. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(1), 105-124.
- Caraguay Medina, N. A. (2018). *Prevalencia y predisposición genética de labio leporino y paladar hendido en pacientes pediátricos estudio a realizar en el Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el período de enero del 2015 a enero del 2017* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- Miramag Córdoba, M. L. (2016). *Labio leporino, factores de riesgo y complicaciones en niños menores de cinco años atendidos en el Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante, período anual 2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
- Murdoch Children's Research Institute, Melbourne, Victoria, Australia (2020)
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2019)
- Ortega Alonzo, S. E., Vargas Duarte, G. M., Mendoza Ochoa, V. D., Villanueva Acosta, C., & Paulina, S. G. M. (2019). *PREM de Pediatría: capacitación para el ENARM*. Editorial Digital del Tecnológico de Monterrey.

- Quezada, S. J. R., Romero, J. A. M., & Arce, K. L. C. (2021). Factores que afectan la autopercepción de los niños con labio y paladar fisurado. Artículo de revisión autopercepción de niños con LPF. *Revista Odontología*, 23(1), e2670-e2670.
- Ramírez Gutiérrez, S. S., Carhuas, E., & Julissa, E (2018) . Efectividad de un programa educativo en el conocimiento del cuidador primario sobre los cuidados posoperatorios en cirugía de labio leporino y paladar hendido en la Clínica Delgado-2018
- Reilly, S., Reid, J., Skeat, J., Cahir, P., Mei, C., & Bunik, and the Academy of Breastfeeding Medicine, M. (2013). ABM clinical protocol# 17: Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, revised 2013. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), 349-353.
- de Salud-Osasunbidea, S. N. (2011). Labio leporino y fisura palatina. *Guía para padres*, 15, 16-22.
- Seijas Pereda, I. (2020). Cuidados de enfermería en el manejo de la lactancia materna en el recién nacido con fisura labial y/o palatina: revisión bibliográfica.
- Sigler, A. (2017). Protocolo para la planificación quirúrgica en las clínicas de labio y paladar hendidos en la zona noroeste de la República Mexicana. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 43(3), 313-325.
- Tellechea Martin, R. (2016). Fisura labial y palatina: intervención enfermera en los procesos y técnicas de alimentación.
- Trettene, A. D. S., Razera, A. P. R., Maximiano, T. D. O., Luiz, A. G., Dalben, G. D. S., & Gomide, M. R. (2014). Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 993-998

- Unicef. (2006). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF.
- Velázquez, J. M., Berlanga, F., Estrada, H., Álvarez, J., & Flores, M. (2012). Prevención de las malformaciones postquirúrgicas en pacientes con labio y paladar hendidos. Fundamentos y protocolo. *Cirugía Plástica*, 22(2), 57-66.
- Zambrana Toledo González, N., & López, D. (2000). Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial: tratamiento precoz y preventivo terapia miofuncional.
- Zavala, L., & Bleysing, A. (2016). *Incidencia de las fisuras labio-palatinas y su estado nutricional al nacimiento* (Doctoral dissertation)



# ANEXO



# ESTADO NUTRICIONAL, FORMA DE ALIMENTACION POSTQUIRURGICA Y NIVEL DE INFORMACION DE LOS TUTORES SOBRE LA ALIMENTACION EN NIÑOS LUEGO DE LA INTERVENCION QUIRURGICA DE FISURA LABIOALVEOLOPALATINA

## Introducción:

Se reconoce al labio leporino o hendido (LL), fisura labial o queilosquisis como el defecto facial que involucra el cierre incompleto del labio, unilateral, bilateral o medial, generalmente lateral a la línea media. Asimismo, se define paladar hendido, palatosquisis, o fisura palatina (FP) al defecto palatino en la línea media que comunica con fosas nasales y cavidad oral. El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo establecer una unión lo más correcta posible entre la piel y las mucosas del labio. Durante la etapa postquirúrgica es necesario tener en cuenta los hábitos y las condiciones de alimentación del niño.

## Objetivo

Evaluar el estado nutricional, forma de alimentación postquirúrgica y el nivel de información de los tutores sobre la alimentación luego de la intervención en Cirugía de Fisura Labio alveolo palatina en niños mayores de 5 meses en una Asociación en la ciudad de Buenos Aires en el año 2021.

## Materiales y métodos

El siguiente trabajo de investigación se desarrolló en forma descriptiva, transversal. La muestra fue realizada en 40 niños con fisura labio alveolo palatina y 40 tutores de los respectivos niños. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica de cada niño y una encuesta de forma online para los tutores.

## Resultados

El 87,5% de la muestra de un total de 40 niños presentaron FL/FP, mientras que el 63% obtuvo un Estado nutricional Normal luego de la cirugía. A su vez, solo 17 madres determinaron presentar problemas a la hora de alimentar al niño, destacando la consistencia "semisólida" durante la incorporación de los primeros alimentos. El 52,5% de las madres presento tener complicaciones postquirúrgicas con los niños, siendo las más mencionadas las complicaciones con la herida y la dificultad para poder alimentarse. En cuanto al nivel de información, los resultados reflejan que el 50% de las madres tienen un nivel de información "Alto" sobre el conocimiento de la alimentación y nutrición en los niños con Fisura Labioalveolopatina.



## Conclusiones

Se ha identificado que la mayoría de los niños presentaron tener FL/FP con un estado nutricional normal luego de la cirugía. También se destaca la forma de alimentación postquirúrgica a través de fórmulas artificiales utilizando elementos con vaso bebedor y biberón común. Las consistencias más seleccionadas fueron "semisólidas" con alimentos como papa, zapallo, batata y zanahoria. Por último, se puede decir que las madres presentan un nivel de conocimiento "Alto" sobre el modo de alimentación y nutrición de sus hijos.

