

**INTRODUCCIÓN ALIMENTARIA PARA NIÑOS NACIDOS CON
LABIO/PALATAL HENDIDO****INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS NASCIDAS COM FISSURA
LABIOPALATAL****FOOD INTRODUCTION FOR CHILDREN BORN WITH CLEFT LIP AND PALATE**

Jennifer Martins Pereira¹, Jhennifer Galassi Bortoloci², Sarah Anna dos Santos Correa³, Maria Eduarda Vieira Soares Giron⁴, Sara Eleotério Costa⁵, Ivi Ribeiro Back⁶, Marcela Demitto Furtado⁷, Roberta Tognollo Borotta Uema⁸

Cómo citar este artículo: Introducción alimentaria para niños nacidos con lábio/palatal hendido. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acceso en: ____]; 14(1): e202560. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v14i1.8119>

¹ Licenciada en Enfermería por la UEM. Residente en Enfermería Neonatal. Universidad Estatal del Oeste de Paraná. Cascavel, Paraná. <https://orcid.org/0000-0001-9305-9877>. <http://lattes.cnpq.br/8232517025897865>. jennifermartins22pereira@gmail.com.

² Licenciada en Enfermería por la UEM, licenciada en tecnología en estética y cosmética por el Centro Universitario de Maringá; Máster en Enfermería por la UEM, Estudiante de Doctorado en Enfermería en el Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Estatal de Maringá, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7807-8065>. <http://lattes.cnpq.br/7019286187564871> jhenniferbortoloci@gmail.com

³ Licenciada en Enfermería por la Universidad Estatal de Maringá, Paraná, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/7911750326858958>; <https://orcid.org/0000-0002-6298-158>; ra109123@uem.br

⁴ Licenciada en Enfermería por la Universidad Estatal de Maringá, Paraná, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/1271742962795787>; <https://orcid.org/0000-0003-1890-2435>; ra120166@uem.br

⁵ Licenciada en Enfermería por la UEM. Estudiante de Maestría en Enfermería en la UEM en el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Estatal de Maringá, Paraná, Brasil. <https://orcid.org/0009-0003-8370-0220>; <http://lattes.cnpq.br/8037262356442440>; sararighetto2@gmail.com

⁶ Licenciada en Enfermería por la UEM y Nutrición por la PUCPR. Especialización en Nutrición Clínica y Terapia Nutricional y especialización en Enfermería en Centro Quirúrgico y Centro de Materiales y Esterilización GANEP. Máster en Fisiopatología en Medicina Clínica por la UNESP. Doctora en Ciencias de la Salud por la UEM, y Postdoctorado en Enfermería por la UEM. <http://lattes.cnpq.br/7542375988573939> <https://orcid.org/0000-0002-7867-8343>; irback2@uem.br

⁷ Licenciada en Enfermería por la UEM. Residente en Enfermería Pediátrica en UEL. Máster del Programa de Postgrado en Enfermería de la UEM. Doctora del Programa de Postgrado del Departamento de Enfermería de la UEM. Actualmente es profesora del Departamento de Enfermería (DEN) y del Programa de Postgrado en Enfermería (PSE) de la UEM. Coordinadora de la carrera de Enfermería UEM – gestión 2022-2024. Coordinadora adjunta del curso de enfermería UEM – gestión 2020-2022. <http://lattes.cnpq.br/8007832036059597>; <https://orcid.org/0000-0003-1427-4478>; mdfurtado@uem.br

⁸ Graduada en Enfermería por la UEM, primeros auxilios por las Facultades Maringá en asociación con el Instituto Paranaense de Enseñanza, especialista en Enfermería Neonatal por la UEL (modalidad residencia) y en Cuidados Intensivos de Adultos (posgrado lato sensu). Máster, Doctor y Postdoctorado en Enfermería por el Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Estatal de Maringá. Miembro del Grupo de Estudios e Investigación en Atención de Enfermería a Personas Adultas y Cuidadores Familiares (GEPEINF) de la Universidad Estadual de Maringá. Profesora asistente del Departamento de Enfermería de la Universidad Estatal de Maringá. <http://lattes.cnpq.br/5869168752371219>; <https://orcid.org/0000-0002-8755-334X>; rtbuema2@uem.br

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de introducción de alimentos a niños nacidos con labio y paladar hendido. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado en una Asociación de Apoyo al Enfermo de Labio y Paladar Hendido. La recolección de datos se realizó de mayo a julio de 2022, a través de entrevistas grabadas en audio, posteriormente transcritas y analizadas siguiendo la técnica de Análisis de Contenido de Bardin. El estudio fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigaciones con Seres Humanos con dictamen n° 4.095.950.

Resultados: Participaron 11 madres, con edades entre 18 y 40 años. Los informes permitieron crear dos categorías temáticas: Introducción de alimentos: proceso, instalaciones y desafíos y; Nutrición de niños nacidos con labio y paladar hendido y procedimientos quirúrgicos.

Consideraciones finales: La dieta está directamente influenciada por los procedimientos quirúrgicos y, si bien estos permiten mejorar la calidad de vida, pueden tener repercusiones negativas en la nutrición.

Descriptores: Labio hendido; Paladar Hendido; Nutrición Infantil.

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de introdução alimentar de crianças nascidas com fissura labiopalatal. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em uma Associação de Apoio ao Fissurado Labiopalatal. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2022, por meio de entrevistas audiogravadas, posteriormente transcritas e analisadas seguindo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com parecer n° 4.095.950.

Resultados: participaram 11 mães, com idades entre 18 e 40 anos. Os relatos possibilitaram a criação de duas categorias temáticas: Introdução alimentar: processo, facilidades e desafios e; Alimentação da criança que nasceu com fissura labiopalatal e procedimentos cirúrgicos.

Considerações Finais: A alimentação é diretamente influenciada pelos procedimentos cirúrgicos e que estes, ao mesmo tempo em que possibilitam melhora na qualidade de vida, podem evoluir com repercussões negativas no tangente à alimentação.

Descritores: Fenda Labial; Fissura palatina; Nutrição da Criança.

ABSTRACT

Objective: to describe the process of introducing foods to children born with cleft lip and palate. **Method:** descriptive study with a qualitative approach, carried out in a Support Association for Patients with Cleft Lip and Palate. Data collection was carried out from May to July 2022, through audio-recorded interviews, later transcribed and analyzed according to Bardin's Content Analysis technique. The study was approved by the Permanent Ethics Committee on Research with Human Beings with opinion no. 4,095,950. **Results:** 11 mothers participated, aged between 18 and 40 years. The reports allowed the creation of two thematic categories: Food introduction: process, facilities and challenges and; Nutrition of children born with cleft lip and palate and surgical procedures. **Final considerations:** Diet is directly influenced by surgical procedures and, although these improve quality of life, they can have a negative impact on nutrition.

Descriptors: Cleft Lip; Cleft Palate; Child Nutrition.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niños sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad, ya que esto repercute positivamente en su desarrollo y vida adulta, adquiriendo mayor inmunidad y con menor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas durante la infancia y la edad adulta. A partir de los seis meses comienza la fase de alimentación complementaria, donde se introducen otros alimentos con el objetivo de desarrollar el paladar del niño. Esta fase está marcada por cambios en la rutina familiar y también para el propio bebé, que empieza a conocer otras texturas y sabores diferentes a la leche materna.¹

Cuando no se realiza de forma adecuada, la introducción de alimentos (IA) puede tener consecuencias para el organismo, contribuyendo a la aparición de reacciones alérgicas e incluso infecciones. Si se inicia demasiado tarde, la IA se vuelve desventajosa para el niño, ya que a partir del sexto mes, la leche materna por sí sola no es capaz de proporcionar el soporte nutricional que el cuerpo necesita.²

Cuando se trata de IA para bebés que nacen con labio y paladar hendido, esto se convierte en un desafío. El labio y paladar hendido o labio hendido resulta de un desarrollo incompleto del labio y/o

paladar del bebé y generalmente está asociado a predisposición genética, factores ambientales, síndromes u otras anomalías. En Brasil, aproximadamente uno de cada 650 nacimientos (1:650) son bebés con labio hendido y paladar hendido³ y cada año surgen aproximadamente 5.800 nuevos casos, lo que representa el 25% de todas las malformaciones congénitas.⁴

En relación tanto a la lactancia materna como a la IA, se sabe que los bebés que nacen con fisura labio-palatina pueden presentar algunas particularidades. La lactancia materna para un bebé con una fisura puede ser un desafío o incluso llevar a un destete temprano debido a la dificultad para agarrarse, ya que la fisura puede dificultar el sellado adecuado del pezón, lo que perjudica la presión intraoral y hace que la lactancia materna sea menos efectiva.⁵ Además de los cambios en la succión y la deglución, la fase de IA generalmente coincide con procedimientos quirúrgicos para corregir la hendidura, y a esto se suma la dificultad para tolerar nuevas texturas.⁶

Con el seguimiento y la orientación necesarios, la mayoría de los niños que nacen con la malformación son capaces de tener resultados prometedores en la IA.⁷ Ante este escenario, el estudio se justifica debido a la necesidad de relevar las vivencias de las madres y familiares respecto a la IA de sus hijos, nacidos con labio y paladar hendido, asociada a la

escasez de estudios sobre el tema, especialmente en el área de enfermería. Se encontraron pocas publicaciones sobre el tema y la mayoría de ellas tratan áreas de la psicología y el trabajo social. Así, el objetivo de esta investigación fue describir cómo se introdujeron los alimentos a los niños que nacieron con labio y paladar hendido.

MÉTODO

Estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo realizado en la Asociación de Apoyo a los Enfermos de Labio y Paladar Hendido de Maringá (AFIM). AFIM es una asociación sin ánimo de lucro que ofrece atención multidisciplinar especializada y gratuita a personas con labio y paladar hendido en Maringá y otros 80 municipios de la región. En este lugar se brinda atención de forma clínica y ambulatoria, en una amplia gama de especialidades, entre ellas: logopedia, nutrición, servicio social, psicología, odontología y pedagogía. La institución también actúa como enlace entre los usuarios, las consultas de especialistas y los procedimientos quirúrgicos realizados fuera del municipio.

Se invitó a participar en el estudio a madres de 18 años o más, de niños de entre siete meses y cinco años de edad, que estaban siendo monitoreados en AFIM. Este rango de edad se definió porque a los siete

meses la mayoría de los niños ya habían tenido al menos un mes de IA y los entrevistados podrían tener una mayor cantidad de información sobre el tema. La decisión de restringir la recolección a niños de 5 años se tomó porque se consideró que el recuerdo de las madres sobre el IM de su hijo aún estaría bastante conservado, ya que es una etapa significativa para la madre, y por tanto no se consideró una limitación del estudio.

La recolección de datos ocurrió en la propia institución, de mayo a julio de 2022, en día y lugar previamente agendado con el coordinador del sitio y en un lugar reservado, a través de entrevistas audiograbadas con la ayuda de un instrumento compuesto en su primera parte por una caracterización sociodemográfica y en un segundo momento por preguntas orientadoras respecto al objetivo del trabajo.

Las entrevistas grabadas fueron transcritas íntegramente para su posterior análisis mediante la técnica de Análisis de Contenido, que contempla tres etapas: preanálisis, exploración del material y procesamiento de los resultados obtenidos, junto con su interpretación. En primer lugar, los datos transcritos pasan por la fase de sistematización y codificación, centrándose en el objetivo del estudio. Después de eso, dichos datos se agregan en unidades que

describen el contenido, que luego se denominan unidades de significado.⁸

Durante la fase de exploración, las unidades de significado se categorizan por agrupación y se establecen asociaciones entre ellas. La tercera y última etapa consiste en el análisis de contenido, caracterizado por la inferencia de los datos que fueron extraídos además de otros estudios previamente realizados.⁸

Para garantizar el anonimato de los participantes, las grabaciones y transcripciones fueron identificadas con la letra M de madre, seguida del número arábigo de la secuencia en que se realizó la entrevista. Todos los participantes firmaron dos copias del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) y el estudio fue aprobado por el Comité Permanente de Ética en Investigación con Seres Humanos (COPEP) de la Universidad Estadual de Maringá (UEM) con Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CAAE) n° 31583720.3.0000.0104 y parecer n° 4.095.950.

RESULTADOS

En el estudio participaron once madres de edades comprendidas entre 18 y 40 años. Respecto al estado civil, siete estaban casados y cuatro solteros. En cuanto a la educación, dos habían completado la

educación superior, siete habían completado la educación secundaria y dos sólo habían completado la educación primaria. En el momento de las entrevistas, los niños tenían entre siete meses y cuatro años.

La renta familiar de los participantes variaba de uno a cinco salarios mínimos y los municipios de residencia eran Cianorte, Colorado, Paranavaí, Presidentes Castelo Branco, Rondon y Maringá. Para llegar a AFIM, ocho utilizaron su propio vehículo, dos acudieron en una furgoneta facilitada por el ayuntamiento del municipio al que pertenecen y uno utilizó transporte público.

Respecto a la historia gestacional, ocho bebés nacieron por cesárea y tres por parto normal, con pesos que variaron entre 2000g y 4340g y edades gestacionales de 36 semanas a 41 semanas y seis días, de los cuales seis fueron niñas y cinco varones. Todas las participantes asistieron a control prenatal con un número de consultas entre seis y 10. En cuanto a las principales complicaciones durante el embarazo, estas se presentaron en seis participantes, a saber, diabetes mellitus gestacional, sangrado, miomas uterinos, polihidramnios, hipertensión y edema pericárdico.

De los 11 niños, ocho fueron hospitalizados poco después del nacimiento debido a prematuridad, bradicardia, displasia, baja saturación de oxígeno, problemas de lactancia que requirieron el

uso de una sonda orogástrica, aspiración de meconio y sufrimiento fetal intrauterino. Algunos permanecieron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) durante 40 días. Respecto a la cirugía para corregir la fisura, sólo un niño aún no ha sido sometido al procedimiento.

Respecto a los antecedentes de embarazos previos, sólo tres mujeres tuvieron otros hijos y todas sin fisura labiopalatina. También se preguntó sobre los antecedentes familiares respecto a la presencia de la fisura y los 11 participantes informaron que el niño en cuestión era el único caso. En cuanto al tipo de hendidura se encontraron transforamen unilateral y bilateral, preforamen incompleto y postforamen incompleto y completo.

Los relatos de las entrevistas permitieron la formación de dos categorías temáticas: Introducción a los alimentos: proceso, instalaciones y desafíos; y Alimentación de niños nacidos con labio y paladar hendido y procedimientos quirúrgicos.

Introducción de alimentos: proceso, instalaciones y desafíos

En esta categoría, se identificó que la IA de los niños nacidos con labio y paladar hendido fue acompañada tanto por la nutricionista de la AFIM como por la nutricionista del Centro de Atención

Integral al Labio y Paladar Hendido (CAIF), ubicado en Curitiba y donde se realizan procedimientos quirúrgicos:

[...] la primera persona que me lo introdujo fue la nutricionista de allí (CAIF), ya que fui allí antes de venir aquí, entonces me explicó muy claramente [...] qué alimentos puedo introducir, cuál es la mejor manera de introducirlos, cómo, me dio un suplemento extra y sacó algunos. (M2)

A mí me asesoró la nutricionista de aquí, [...] empecé con un puré, fue fácil, le daba verduras, yuca cocida, ñame, se lo daba machacado con aceite de oliva, como a un niño normal [...]. (M6)

[...] me explicaron todo muy claro, me dijo que lo pusiera en una sillita, como debía darle las cosas aparte, me instruyó sobre todo lo que debía hacer, sobre cada alimento [...]. (M8)

A pesar de contar con el apoyo tanto de AFIM como de CAIF, se evidenció en los informes que las madres tenían miedo de iniciar el proceso de IA:

[...] Empecé con fruta, después empecé a darles papillas, papas, calabacín, zanahoria y todo lo machacaba, lo machacaba lo más que podía, decían que hasta podía dejar algunos granos, pero siempre lo machacaba mucho, porque tenía miedo, ¿sabes?, preocupada, pero comían bien hasta hoy, comen muy bien (los gemelos). (M9)

Niña yo estaba desesperada, hubo un día que me desperté en mitad de la noche, me salía leche por todos lados [...] lo que más sufrí fue verla ahogarse, ver ese reflujo subiendo por su nariz, era muy fuerte. (M8)

[...] al principio teníamos mucho miedo de que se ahogara y se le saliera por la nariz. Pero, después de hablar con la nutricionista, vimos que era un proceso. (M1)

Otro punto planteado en las entrevistas fue que a pesar de las

dificultades, con el tiempo las madres y otros familiares ya sabían cómo afrontar las complicaciones derivadas del proceso de alimentación de un bebé con labio hendido:

A mí me asesoró la nutricionista de aquí [...] me dijo que por tener el paladar abierto no tenía por qué empezar con dieta líquida [...] así que empecé con un poquito de puré, y fue fácil [...] había situaciones que veía que a veces se me paraba, por tener el paladar abierto [...] se veía que a veces se me paraba algún alimento muy abajo, creo que la instrucción de la pediatra era lavarme la nariz con suero fisiológico que luego bajaba, cuando veía que me molestaba [...]. (M7)

[...] las cinco veces que se ahogaron [...] yo fui la que los ayudé cinco veces, en casa [...] al final de mi embarazo, tuve que quedarme mucho tiempo en cama, vi mucho sobre ese tema de ahogamientos, primeros auxilios [...] eso fue lo que me ayudó, ¿sabes? Un día mi hermana estaba en mi casa y lo vio, se puso a llorar, quería que llamara al SAMU, y la llevara al hospital, le dije que se tranquilizara, que lo intentaría y luego veríamos, y ahí lo conseguí [...]. (M9)

Los informes también mostraron que a pesar de los antojos, los miedos y las complicaciones, las madres afirmaron que la IA fue un momento tranquilo y placentero, y que estaban felices de saber que sus hijos habían avanzado a otra etapa:

[...] Me gusta verla comer porque me parece lindo, porque es muy independiente, [...] ya intercambia la comida de una mano a la otra, sabes, mira, se la pasa de una a otra, se la lleva a la boca, [...] la hendidura no hace ninguna diferencia en su vida, sabes, ella come, mastica todo, yo nunca le doy las cosas así machacadas, se las doy así como están, sabes, le doy repollo en la mano y lo mastica, le doy papas y las mastica, sabes [...]. (M10)

[...] a partir de los seis meses la nutricionista dio las instrucciones, dijo que

tenía que ser muy líquido, papilla, hecha puré, eso fue muy bueno porque dejó el biberón y empezó a mamar menos, fue muy suave la introducción [...]. (M11)

A pesar de que los niños nacieron con fisura hendida, el sentido común, junto con la introducción de alimentos no recomendados, especialmente para niños menores de seis meses, y la falta de comprensión sobre el cuidado de la IA por parte de otros miembros de la familia, también estaba presente:

Empecé a darle agua, creo que tenía cuatro meses, y cuando tenía cinco meses y medio empecé a darle jugo y té, pero nunca lo aceptó [...]. (M5)

Intenté darles un poco de té, pero no les gustó, hasta el día de hoy no les gusta mucho el té. (M9)

[...] Yo tuve mucho miedo una vez, cuando un tío mío [...] le dio un pedazo entero de pollo y se lo metió en la boca, yo le dije que no se lo podía dar, pero él le dijo que dejara de hacer eso, la niña se atragantó, y ese pedazo se le quedó en la fisura [...] Yo le dije que no podía, pero él pensó que la estaba protegiendo demasiado, pero yo sabía el riesgo, ella se quedó con esa cosa y yo tuve que sacársela, fue realmente aterrador. (M9)

Se observó en esta categoría que si bien la IA fue experimentada con algunos momentos de miedo y complicaciones, también trajo aspectos positivos, en el sentido de ver al bebé crecer y desarrollarse. Las madres, en general, se mostraron capaces de enfrentar posibles adversidades, y al mismo tiempo, hubo una similitud con la IA de los bebés que no nacieron con fisura, en cuanto al ofrecimiento de otros

líquidos antes de los seis meses de edad y la interferencia de otros miembros de la familia en la dieta del niño.

Impacto del procedimiento quirúrgico en la alimentación de niños con labio y paladar hendido

En relación a la dieta y los procedimientos quirúrgicos, se evidenció que a pesar de los riesgos que implicaba el procedimiento, la cirugía era un momento esperado que traía cambios positivos:

[...] antes era solo comida para bebé licuada y líquida, así que vimos este cambio incluso en su peso. Y dijeron que podía perder peso después de la cirugía, pero lo ganó. (M2)

Su masticación se volvió diferente, se lo llevaba demasiado al paladar, se le quedaba atascado, ¿sabes?, entonces trataba de sacarlo con la lengua o con el dedo, lo sacaba, después de que le hicieron la cirugía todo mejoró. (M5)

[...] después de que se hizo la cirugía, ganó inmunidad, ganó peso, estaba más delgada, porque todo volvió, después de la cirugía, fue otra cosa [...]. (M10)

Al mismo tiempo, algunas madres informaron que el período postoperatorio fue un poco turbulento:

[...] después de la operación, y se lastimó el paladar, los primeros días no quiso comer nada, perdió 1 kg, pero creo que ya se recuperó. (M.4)

[...] no aceptaba leche en taza, sólo bebía caldo y no podía comer otras cosas [...]. (M.5)

La primera cirugía salió bien, ya que sólo fueron los labios, pero esta última vez fue más complicada. Estuvo dos días sin comer, luego tomó leche, pero no pudo

amamantar, entonces fue mucho más complicado, todo tenía que ser líquido [...]. (M.11)

En los informes presentados se observó que la cirugía es un momento muy esperado, tanto por el impacto estético como funcional que genera en la vida del niño, ya que influye en el proceso de alimentación y la ganancia de peso. Al mismo tiempo, no está libre de complicaciones e incidentes y estos también pueden convertirse en experiencias difíciles para los miembros de la familia.

DISCUSIÓN

El labio hendido y el paladar hendido tienen diferentes formas y complejidades, lo que significa que cada uno debe evaluarse individualmente. En este proceso, es de suma importancia que el equipo multidisciplinario comprenda estas características, así como las necesidades de los niños y sus familias para poder ayudarlos adecuadamente.⁹

Muchos bebés con fisura hendida experimentan dificultades durante el proceso de lactancia, requiriendo suplementación con leche artificial y una sonda orogástrica. A esto se suma el sentido común respecto a la introducción de otros alimentos como agua, té y jugos antes de los seis meses de edad, ya que muchas madres son inducidas a utilizar dichos

métodos con la intención de optimizar la ganancia de peso de sus hijos.¹

Una red de apoyo adecuada y actualizada es un factor importante en el desarrollo de una IA saludable. Se observó que también se observaron mitos relacionados con ofrecer té y agua antes de los seis meses de edad, y posteriormente a la ingesta sólo de alimentos licuados o líquidos asociados a jugos, corroborando que el sentido común relacionado con la nutrición infantil también está presente en niños con paladar hendido.¹⁰

Aún existen mitos relacionados con la IA de los niños con paladar hendido, que perpetúan la idea de que los alimentos sólo deben ofrecerse en su forma licuada o líquida. Sin embargo, ahora se sabe que ofrecer alimentos bien cocinados y cortados adecuadamente, supervisados por un adulto como en el método BLW.¹

Los desafíos relacionados con la IA para los niños con paladar hendido hacen que esta sea una experiencia extraordinaria para sus familias. Se enfrentan a varios desafíos que van desde atragantarse con agua hasta algo más grave como comida sólida atrapada en la grieta. El miedo a esta fase, aún con las orientaciones recibidas de los nutricionistas, es constante, y el temor a alimentar al bebé, ofreciéndole sólo líquidos o alimentos licuados o muy triturados, puede llevar a una selectividad alimentaria en el futuro.¹¹

Se sabe que el atragantamiento puede ser una ocurrencia común, incluso durante el período de lactancia, por lo que es necesario realizar talleres de capacitación con los padres y demás familiares de estos niños para que sepan cómo actuar ante una situación de complicaciones, recordando que esto no significa que el niño no podrá alimentarse, solo refuerza que la hendidura requiere de algunos cuidados especiales.⁵

Un estudio realizado sobre la ocurrencia de aspiración de cuerpo extraño en Brasil entre 2009 y 2019 mostró que entre niños entre cero y nueve años, el promedio de muertes por asfixia fue de aproximadamente 196, siendo la principal causa asociada la ingestión de alimentos y otros objetos sólidos, lo que refuerza la necesidad de preparar a las familias para que sepan cómo realizar la maniobra de asfixia.¹²

Los procedimientos quirúrgicos aparecen en dos momentos principales en la vida de los niños. La queiloplastia suele realizarse hacia el sexto mes, es un proceso menos agresivo y el bebé vuelve a succionar el pecho materno aproximadamente una hora después de la cirugía. En la palatoplastia, que se realiza al año y un mes aproximadamente, la recuperación es más laboriosa, implicando el suministro de líquidos y alimentos licuados, preferiblemente fríos, durante aproximadamente 30 días. Para los bebés

que sólo comieron alimentos licuados, el proceso es menos intenso, pero para los que ya están acostumbrados a alimentos sólidos y recibieron IA a través del método participativo y BLW, permanecer 30 días sin masticar adecuadamente puede ser más traumático.¹³

Esta restricción después de la cirugía puede provocar una regresión en los hábitos alimentarios e influir negativamente en el desarrollo del niño. Para las familias es un momento un tanto estresante, ya que pasan por diversas situaciones para asegurar una nutrición adecuada, y cuando el niño deja de comer como consecuencia del procedimiento, es algo que puede provocar un intenso sufrimiento psicológico.¹⁴

El estrés físico y emocional del período perioperatorio es algo bastante intenso que experimentan las familias de niños con fisura hendida. A la incertidumbre del procedimiento se suma la necesidad de viajar para realizar la cirugía, y muchas veces esto ocurre sólo con la madre y su hijo, sin otros acompañantes que ayuden. La fase de rehabilitación también causa sufrimiento, ya que el niño no puede comer como antes, solo bebe líquidos fríos la mayor parte del tiempo y la curación tarda al menos 15 días en producirse.¹⁵

Los informes observaron que los profesionales de enfermería desconocían en cierta medida cómo cuidar a los bebés con fisura labiopalatina. Es importante destacar

que la enfermera es una de las personas que mayor contacto tiene con el paciente y en el caso del seguimiento del embarazo, parto, puerperio y cuidados posteriores al niño durante la puericultura. Por tanto, el estudio refuerza la necesidad de que estos individuos sean capacitados en el tema para hacer más humanizadas las experiencias.¹⁶

Se entiende que por el hecho de que el estudio se realizó en una realidad local y con la metodología utilizada, los datos no pueden ser generalizados, sin embargo, trae a la luz una problemática que es parte del trabajo de la enfermera, ya que esta es una de las profesionales responsables por el acompañamiento de este niño en los diferentes niveles de atención. Por ello, conocer las realidades y dificultades de este proceso, así como la historia de estos niños y el trabajo de AFIM son fundamentales para garantizar una asistencia de calidad.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio nos permitió describir cómo se produce la IA en niños que nacen con labio y paladar hendido. Ha quedado claro que se trata de un momento muy esperado por las familias, pero al mismo tiempo, provoca miedo y aprensión, sentimientos que si no se atienden adecuadamente pueden repercutir negativamente en el desarrollo del niño.

También se observó que la dieta sufre un

impacto significativo después de los procedimientos quirúrgicos para corregir la hendidura.

El estudio resulta innovador porque saca a la luz una realidad que hasta entonces había sido poco estudiada. Se sugiere realizar más investigaciones en esta área para optimizar el seguimiento de estos niños y permitirles recibir el apoyo necesario para un buen desarrollo.

FINANCIACIÓN

La investigación recibió apoyo financiero de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior (CAPES) de Brasil.

REFERENCIAS

1. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, Pinho L. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2018 [citado em 10 mar 2025]; 36(2):164-170. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00004>
2. Schincaglia RM, Oliveira AC, Sousa LM, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 10 mar 2025]; 24(3):465-474. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300012>
3. World Health Organization. Global strategies to reduce the health: care burden of craniofacial anomalies [Internet]. Geneva: WHO, 2002 [citado em 25 mar 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42594/1/9241590386.pdf>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2020/2021: anomalias congênitas prioritárias para a vigilância ao nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021 [citado em 10 mar 2022]. 414 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_anomalias_congenitas_prioritarias.pdf
5. Silva GS, Ribeiro LB, Salles LCB, Lima AJV, Andrade CMV, Lima VS, Lopes ACS. O conhecimento a respeito da Manobra de Heimlich por mães da rede social Facebook. *REVISA* [Internet]. 2022 [citado em 10 mar 2025]; 11(1):69-80. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/artic le/view/323/512>
6. Palone MRT. Fissuras labiopalatinas, ganho de peso e cirurgias: leite materno versus fórmulas lácteas. *Rev Fac Med (Bogotá)* [Internet]. 2015 [citado em 10 mar 2025]; 63(4):695-698. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49226>
7. Duarte GA, Ramos BR, Cardoso MCAF. Métodos de alimentação para crianças com fissura de lábio e/ou palato: uma revisão sistemática. *Braz J Otorhinolaryngol.* [Internet]. 2016 [citado em 10 mar 2025]; 82(5):602-609. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.020>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Almeida AMFL, Chaves SCL, Santos CML, Sisse FS. Care for cleft lip and palate patients: modeling proposal for the assessment of specialized centers in Brazil. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [citado em 10 mar 2025]; 41(N Esp):156-166. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S12>
10. Taglietti RL, Teo CRPA. Rede de apoio no cuidado alimentar da criança e o protagonismo da mãe adolescente.

Perspectiva [Internet]. 2016 [citado em 1 nov 2024]; 40(149):107-119. Disponível em:

https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/149_551.pdf

11. Arantes ALA, Neves FS, Campos AAL, Netto MP. The *Baby-Led Weaning* method (BLW) in the context of complementary feeding: a review. *Rev Paul Pediatr*. [Internet]. 2018 [citado em 10 mar 2025]; 36(3):353-363. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;3;00001>

12. Costa IO, Felipe RWA, Ramos TB, Galvão VBL, Aguiar MSB, Rocha VG. Estudo descritivo de óbitos por engasgo em crianças do Brasil. *Rev Pediatr SOPERJ* [Internet]. 2021 [citado em 10 mar 2025]; 21(Supl 1):11-14. Disponível em:

http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1166

13. Winter SF, Studzinski MS. A importância das cirurgias para correção de fissura labiopalatinas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [Internet]. 2021 [citado em 10 mar 2025]; 7(10):2186-2213. doi: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i10.2780>

14. Sousa GFT, Roncalli AG. Fatores associados ao atraso no tratamento cirúrgico primário de fissuras labiopalatinas no Brasil: uma análise multinível. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2021 [citado em 10 mar 2025]; 26(Supl 2):3505-3515. doi:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23592019>

15. Schilling GR, Cardoso MCA, Maahs MAP. Effect of palatoplasty on speech, dental occlusion issues and upper dental arch in children and adolescents with cleft palate: an integrative literature review. *Rev CEFAC* [Internet]. 2019 [citado em 10 mar 2025]; 21(6):e12418. doi:

<https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921612418>

16. Santana FLP, Almeida IFD, Almeida FA. Particularidades no treinamento de enfermeiros recém-admitidos. *Rev Enferm*

UFPE on line [Internet]. 2019 [citado em 10 mar 2025]; 13:e242775. doi:

<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242775>

RECIBIDO: 11/06/24

APROBADO: 25/02/25

PUBLICADO: 03/2025