

FISURA LABIAL Y PALATINA: INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LOS PROCESOS Y TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Rachely Tellechea Martin

Enfermera en Unidad de cuidados intensivos del *Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi*, Sant Joan Despí, Barcelona.

Correo electrónico: tellechea.rachely@gmail.com

Recepción: 08/11/2016

Aceptación: 20/12/2016



RESUMEN

Introducción

La fisura labial y palatina es una malformación que afecta de manera general a 1 de cada 700 nacimientos. No se conoce con exactitud la etiología de esta malformación pero hay diversos estudios que sugieren diversos factores de riesgo, como un aporte insuficiente de ácido fólico durante el embarazo y el posparto, agentes infecciosos, tabaquismo, alcohol, uso de ciertos fármacos, factores genéticos, la edad y posibles factores hereditarios entre otros. Por lo que respecta al tratamiento, se inicia de manera general con tan solo 2-3 meses de edad realizando cirugía en el labio (queiloplastia).

Objetivo

Identificar las intervenciones enfermeras en el proceso inicial de alimentación del fisurado labial y/o palatino.

Metodología

Revisión bibliográfica con bases de datos científicas incluyendo estudios con fecha de publicación igual o inferior a 5 años realizados a pacientes con fisura labial y/o palatina.

Resultados

Se han utilizado un total de 31 artículos para realizar el estudio.

Conclusiones

La enfermera juega un papel fundamental en la alimentación del fisurado. Asesora, aconseja, guía, enseña, apoya y acompaña al paciente a lo largo de todo el proceso.

Palabras clave: labio leporino, fisura palatina, fisura labial, alimentación, intervenciones enfermeras, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction

Orofacial cleft is a group of malformations that occur in 1 per 7000 births. Its etiology is fairly unknown but several studies suggest some risk factors, such as an insufficient supply of folic acid during birth and postpartum, infectious agents, tobacco, alcohol, use of certain medications, genetics, age and possible hereditary factors, among others. Regarding its treatment, labial surgery (cheiloplasty) is performed within the first 2-3 months after birth.

Objectives

To identify the nursing practices carried out in the initial stages of feeding babies with cleft lip and palate.

Methodology

A systematic review of scientific databases, including studies on patients with orofacial cleft published within the last 5 years.

Results

A total of 35 articles have been selected to carry out the study.

Conclusions

Nurses play a key role in the process of feeding the patient. They advise, counsel, guide, teach, give support and assist the patient throughout all the process.

Keywords: orofacial cleft, cleft palate, cleft lip, feeding, nursing, treatment.

INTRODUCCIÓN

La fisura labial y/o palatina, también conocida como labio leporino, es una malformación orofacial producida por una mala fusión entre el labio y/o el paladar durante el desarrollo fetal, provocando, en el caso de la fisura palatina, una apertura entre el paladar y la nariz que variará en función de la tipología que se presente. Esta alteración ocurre entre la semana 4 y la semana 12 de embarazo (Freitas, 2012; Marazita, 2012; Letra 2012) y se puede asociar a síndromes mendelianos. Se estima que hay más de 500 tipos distintos de posibles alteraciones, pero un 70% de casos se deben a causas no sindrómicas. Este trabajo se centra en la fisura labial y/o palatina no sindrómica

La epidemiología de la fisura labial y/o palatina puede variar en función del área geográfica, la raza y la etnia que se presente. Se estima que afecta a 1 de cada 700 nacimientos. La mayor incidencia de casos se encuentra entre asiáticos y americanos, con 1 de cada 500 nacimientos. A continuación, se sitúan las poblaciones europeas con una prevalencia de 1 por cada 1000 nacimientos y, finalmente, se halla la zona Africana con una prevalencia de 1 por cada 2500 nacimientos, siendo la menos afectada por esta malformación. En España, aparecen alrededor de 750 nuevos casos cada año.

En relación al sexo, se observa una ratio de 2:1 hombres por mujeres en el caso de presentar fisura labial únicamente y una ratio de 1:2 hombres por mujeres en fisuras palatinas solamente. (Freitas, 2012; Marazita, 2012; Kelly, 2012; Márquez, 2013; González, 2011; Tse, 2013; Shkoukani, 2013; Dixon, 2011; Wehby, 2012.). Las causas que provocan esta malformación no son aún conocidas con exactitud, pero diversos estudios apuntan a algunos factores de riesgo: Marquez (2013) señala la relación entre infecciones víricas sufridas durante el embarazo, la exposición de las mujeres embarazadas a rayos x y la presencia de malformaciones en el feto, y observa recurrencia en la malformación en caso de antecedentes familiares de fisura palatina; Rivera (2013) y Freitas (2012) comprobaron que el riesgo relativo de presentación de fisura palatina es de 1,5% en la población general, pero en el caso de las fumadoras, especialmente si se asocia a una alteración genética en MSX1 (que actúa como un represor transcripcional durante el proceso de embriogénesis), el riesgo de presentar esta malformación aumentaba 7,16 veces. También en el caso del alcoholismo, las mujeres que presentan altos niveles de consumo de alcohol aumentan el riesgo entre 1,5 y 4,7

veces; Rivera (2013) asoció el consumo materno de corticoides, un mes antes de la concepción y hasta tres meses después de ésta, con un mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas. En el caso de la prednisona, se observó un aumento de 3,4 veces en el riesgo de presencia de fisura palatina ; Márquez (2013) y Rivera (2013) encontraron relación entre el consumo de fenitoína, hidantoína, oxazolidinonas y ácido valpróico, con un aumento en la tendencia a padecer malformaciones congénitas; Shkoukani (2013) relaciona la malformación con la edad avanzada de las mujeres gestantes y describe como el interferón regulador del factor 6 (IRF6) se relaciona con la fisura labial y/o palatina no sindrómica, el riesgo que se atribuye es de un 12 % en todos los casos de fisura.

El momento clave en el desarrollo embriológico, en relación a esta malformación, se sitúa entre la semana 4 y la semana 12 de gestación, momento en que se desarrolla la cara y el paladar. La fisura labial y/o palatina está provocada por una mala fusión del paladar/ labio o ambos que deja una apertura. La gravedad de la apertura dependerá de la tipología que se presente. En el caso de los fisurados palatinos, esta apertura puede llegar a comunicar la nariz con la zona del paladar de manera muy amplia (Freitas, 2012; Marazita, 2012; Kelly, 2012; Tse, 2013; Rivera, 2013; Rahimov, 2012).

La fisura labial y/o palatina ha sido clasificada por diversos estudios a lo largo de los años (Wang, 2014; Rossel-Perry, 2009). Rossel- Perry presenta una clasificación que incluye los 4 componentes básicos de la malformación, (Tabla nº 1).

Tabla 1. Clasificación según Rossel-Perry (Freitas, 2012; Shkoukani, 2013; Wang, 2014; Rossel-Perry, 2009).

Zona afectada.	Clasificación.
1.5.1 Nariz La nariz se puede ver desplazada en tres direcciones en relación con la gravedad de la fisura, así que podremos encontrar tres tipos de malformación nasal en la fisura labial.	En la fisura labial unilateral: a) Leve: desplazamiento horizontal de la nariz en el lado de la fisura. b) Moderado: desplazamiento horizontal y vertical de nariz. c) Severo: desplazamiento vertical, horizontal y posterior de nariz.
	En la fisura labial bilateral a) Leve: 1a zona columelar de la nariz (localizada entre los orificios de las fosas nasales) ocupa de 1/3 a 2/3 de la altura nasal. b) Moderada: la longitud columelar ocupa 1/3 de la altura nasal. c) Severa: no hay una evidencia visual de la columela.

<p>1.5.2. Labio.</p> <p>Para las fisuras unilaterales labiales, usa como referencia la rotación del arco de cupido y, para las fisuras bilaterales labiales, usa la altura del prolabio o surco subnasal en relación con la altura del segmento labial lateral.</p>	<p>En fisura labial unilateral:</p> <p>a) Leve: rotación del arco de cupido menor a 30°.</p> <p>b) Moderado: rotación del arco de cupido de 30 a 60°.</p> <p>c) Severo: rotación del arco de cupido mayor a 60°.</p> <p>En fisura labial Bilateral</p> <p>a) Leve: altura del prolabio o surco subnasal: 2/3 de la altura del segmento del labio lateral.</p> <p>b) Moderado: altura del prolabio o surco subnasal se sitúa entre 1/3 y 2/3 de la altura del segmento del labio lateral.</p> <p>c) Severo: la altura del prolabio o surco subnasal es menos de 1/3 de la altura del segmento del labio lateral.</p>
<p>1.5.3. Paladar primario</p> <p>Usa la anchura para determinar el grado de gravedad tanto en fisuras unilaterales como bilaterales. En las bilaterales, el tipo viene determinado por el lado más afectado.</p>	<p>a) Leve: anchura de la fisura menor a 5 mm.</p> <p>b) Moderado: anchura de la fisura entre 5 y 15 mm.</p> <p>c) Severo: anchura de la fisura mayor a 15 mm.</p>
<p>1.5.4. Paladar secundario.</p> <p>Comparación entre la anchura de la hendidura (X) respecto a anchura de los segmentos del paladar (Y1+Y2) Mide la distancia en función del borde posterior del hueso del paladar entre paladar duro y blando, desde la mucosa lateral y la unión gingival hasta la espina nasal posterior.</p>	<p>X: ancho de la hendidura media a nivel del borde posterior del paladar duro.</p> <p>Y: diámetro del segmento del paladar (derecha e izquierda), medido en el mismo nivel que X.</p> <p>Ratio: $X/Y1+Y2$</p> <p>La clasificación se señala de la siguiente manera:</p> <p>a) Leve: ratio menor a 0,2</p> <p>b) Moderado: ratio entre 0,2 y 0,4.</p> <p>c) Severo: ratio mayor a 0,4</p>

Por lo que al tratamiento se refiere, en las fisuras labiales y/o palatinas debe empezar a muy temprana edad. El orden de las intervenciones quirúrgicas dependerá del criterio del profesional que lo realice, las técnicas y recursos utilizados y la localización geográfica donde nos encontremos.

Freitas (2012) orienta las diferentes intervenciones quirúrgicas de la siguiente manera: alrededor de los 2-3 meses se realiza la cirugía de la fisura labial (queiloplastia) y a los 6-12 meses la del cierre de la fisura del paladar (palatoplastia). En el caso de las fisuras que afectan al paladar, a los 12 meses entre el pre y el postoperatorio de la

palatoplastia y hasta los 3 años, el niño debería ser visitado por un logopeda para que determine la necesidad o no de una terapia, al igual que a nivel audiométrico.

Alrededor de los 6 años, los pacientes que presenten cualquier fisura deberían ser reevaluados, observando 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.

Uno de los principales problemas a lo largo del tratamiento es la dificultad que presentan los afectados para alimentarse correctamente, ya que pueden presentar dificultades en la succión. El papel que juega la enfermera es fundamental, ya que es la que se encarga de informar, guiar y asesorar a los padres sobre cuáles son las mejores técnicas y dispositivos de alimentación que les conviene a cada uno en función de la tipología que se presente (Freitas, 2012; Trettene, 2014; Augsornwan, 2015; Mongkhonthawornchai, 2012; Pongpagatip, 2015; Augsornwan, 2012).

Este estudio 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.

METODOLOGÍA

Este estudio está basado en una revisión bibliográfica. Se usaron diferentes combinaciones booleanas según la base de datos consultada. Los límites de búsqueda se establecieron entre los años 2010 y 2015 y se limitaron a los idiomas: inglés, español, portugués y catalán.

Criterios de inclusión: Artículos relacionados con la intervención enfermera que detallen las actividades a realizar en el proceso inicial de alimentación.

Criterios de exclusión: Artículos que traten la fisura labial y/o palatina secundaria o síndromes relacionados, estudios centrados exclusivamente en una visión científica o médica y estudios que hicieran referencia a fisuras labiales y/o palatinas en no humanos.

En la búsqueda inicial se encontraron un total de 4389 artículos. En la siguiente tabla (Tabla nº 3) se presentan las bases de datos consultadas y el número de artículos seleccionados para realizar este estudio.

Tabla 3. Bases de datos consultadas, palabras clave y número de artículos consultados y seleccionados.

Base de datos.	Palabras clave.	Resultados	Seleccionados.
BVS (Biblioteca virtual de salud)	Cleft lip palate feeding	2	1 artículo.
BVS (Biblioteca virtual de salud)	Feeding cleft lip	269	1 artículo.
Pubmed Central (PMC)	Cleft lip and palate	3204	2 artículos.
Pubmed Central (PMC)	Cleft lip palate feeding techniques	395	2 artículos.
Pubmed	Feeding cleft lip palate	254	5 artículos.
Pubmed	Breastfeeding cleft lip palate	13	1 artículo.
Pubmed	Nursing care cleft lip	237	3 artículos.
Pubmed	Feeding obturador cleft lip	15	1 artículo:
TOTAL.		4389	16

Se consultaron también las siguientes guías: *Guía para padres del labio leporino y fisura palatina* del Gobierno de Navarra, *Guía sobre fisuras labio-palatinas* de la asociación AFICAVAL, *Guía Feeding your baby* de Cleft palate foundation.

Un alto porcentaje de los artículos seleccionados no se pudieron incluir porque el periodo de estudio se encontraba fuera del margen establecido (2010-2015). Únicamente se utilizaron 3 referencias de 2009, debido a su importante contenido y utilidad para este trabajo. Los artículos seleccionados fueron los más representativos para poder realizar un estudio determinante y significativo. Los diferentes artículos seleccionados destacan por su tipología, como se muestra a continuación en la tabla nº 4.

Tabla nº4. Clasificación de las diferentes tipologías de los artículos seleccionados.

Artículo	Tipología
An evaluation of factors influencing feeding in babies with a cleft palate with and without a cleft lip.	Estudio mixto cuantitativo y cualitativo
A feeding appliance for a newborn baby with cleft lip and palate	Estudio experimental (Ensayo clínico)
Feeding obturator appliance for an infant with cleft lip and palate.	Estudio experimental (Ensayo clínico)
Simplified design and precautionary measures in fabrication of a feeding obturator for a newborn with cleft lip and palate.	Estudio experimental (Ensayo clínico)
Nature of feeding practices among children with cleft lip and palate.	Estudio observacional descriptivo
Weight Gain in Children with Cleft Lip and Palate without Use of Palatal Plates.	Estudio observacional longitudinal prospectivo
Lactancia materna exclusiva y fusión de crestas palatinas en neonatos con fisura labiopalatina.	Estudio longitudinal de cohortes
ABM Clinical Protocol #18: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate, Revised 2013	Revisión bibliográfica.
Maiden morsel - feeding in cleft lip and palate infants.	Revisión bibliográfica.

How to Feed Cleft Patient?	Revisión bibliográfica.
Nursing outcome in Patients with cleft lip and palate who underwent operation: Follow-up Cases.	Estudio observacional descriptivo retrospectivo
Development of Information System for patients with cleft lip and palate undergoing Operation.	Estudio observacional descriptivo transversal
Development and monitoring the key performance Index of the Quality of care for patients with cleft/palate in Tawanchai Center and Out- Patient Surgical Room Srinagarind Hospital Thailand.	Estudio observacional descriptivo prospectivo
Nursing care system development for patients with cleft lip-palate and craniofacial deformities at Srinagaring Hospital.	Estudio observacional descriptivo prospectivo
15.Fabricating feeding plate in CLP infants with two different materials: A series of case report.	Estudio experimental (Ensayo clínico)
Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty.	Estudio observacional descriptivo mediante entrevista

RESULTADOS

Intervención enfermera para las técnicas, soporte y ayuda en el proceso inicial de alimentación

Los pacientes con fisura labial y palatina presentan muchos problemas a la hora de alimentarse y deglutir correctamente los alimentos, debido a la ausencia de presión negativa característica en la cavidad oral, sobretodo en la tipología de fisura palatina. La enfermera se encarga de preparar al paciente antes y después de las diferentes intervenciones y proporciona toda aquella información necesaria para su correcta evolución. De este modo, juega un papel fundamental en todo el proceso de rehabilitación y evolución del fisurado. En la preparación para una intervención quirúrgica, la enfermera es quien se encarga de controlar el estado del paciente, los cuidados preoperatorios, la administración de los diferentes fármacos a usar, y la resolución de las posibles dudas referentes al postoperatorio por parte de los padres.

Las principales dudas se centran en la alimentación: qué tipo de consistencia deberá tener la comida en cada momento, qué dispositivos podrán usar para alimentar a su bebé, qué técnicas tendrán que utilizar para limpiar correctamente los materiales, entre otras.

Segun Trettene (2014), la principal duda que presentan los padres en los postoperatorios, en un 96-100% de los casos, hace referencia a la alimentación. La misión de la enfermera, ante estas dudas, es identificar cuáles son las necesidades y conocimientos de los cuales disponen los padres para resolver sus dudas y miedos. Se encargará de enseñar a los familiares a afrontar la situación y orientarlos en el camino, de manera que se reduzca la ansiedad y el estrés que puedan surgir a lo largo del proceso.

Algunas de las actividades que realiza la enfermera en el proceso inicial de la alimentación son: enseñar las diferentes características que se pueden observar según 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 (Trettene, 2014; Augsornwan, 2015; Mongkhonthawornchai, 2012; Pongpagatip, 2015; Augsornwan, 2012).

Características de la alimentación en el fisurado

Los bebés que presentan esta malformación frecuentemente tienen problemas a la hora de alimentarse. En el caso de los bebés que presentan fisura palatina debido a la existencia de una comunicación anormal entre la nariz y la cavidad oral, y debido a que el músculo elevador y tensor que se debería de juntar la parte posterior del paladar duro con su la línea media en situaciones normales falla, se hace especialmente complicado poder aislar y cerrar correctamente la cavidad oral para crear la presión negativa necesaria que permite el acto de succión. En el caso de los fisurados palatinos, con o sin fisura labial, hay una presencia inexistente de la presión intraoral. En cambio, en los bebés que únicamente presentan fisura labial, sí se podrá generar correctamente la presión intraoral que les permitirá succionar al no estar afectado el paladar (Martin, 2013; Rana, 2010; Goyal, 2012; Da Silva, 2012; Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012).

Los problemas más comunes

Algunos de los problemas más comunes que se pueden presentar a la hora de la alimentación son, entre otros, succión deficiente, exceso de aire inspirado en cada toma, regurgitación nasal, fatiga, ingesta inadecuada de leche, problemas en la ganancia de peso, sobre todo en los primeros 5 meses de vida, tiempo excesivo para cada ingesta de leche, infecciones más recurrentes en el oído medio y otitis media, problemas respiratorios derivados de la alimentación con lactancia materna directamente del pecho que puede presentarse en forma de coloración azulada en el labio, actitud letárgica y excesivamente somnolienta. La enfermera enseña y capacita a los padres para que puedan localizar y reaccionar cuando se presenten estas complicaciones (Da Silva, 2012; Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012).

Afectación del crecimiento y desarrollo

Los problemas de succión pueden causar cierto retraso en el correcto crecimiento y desarrollo del niño. De forma fisiológica, los niños pierden un 10% del peso al nacer y lo suelen recuperar en aproximadamente unas 2 o 3 semanas, en los niños fisurados la ganancia de peso puede conllevar más tiempo. La ganancia ponderal puede suponer una preocupación sobre todo durante el primer mes de vida. Hay que facilitar a los padres todas aquellas medidas disponibles para mejorar este aspecto. No obstante, cuando llegan al primer año de vida se ha comprobado que las ganancias de peso acaban siendo bastante similares. La enfermera debe informar a los padres de las características que suponen una ganancia de peso insuficiente y un crecimiento alterado en el bebé de manera que, en caso de que se sospeche alguna posible alteración se pueda recurrir a algún método alternativo de alimentación. (Da Silva, 2012; Kumar 2013; Sai Sankar, 2012.)

Diferencias entre la lactancia materna y artificial en el fisurado

El uso de la lactancia materna exclusiva (LME) es de gran importancia. Ayuda a mejorar la actividad muscular, el proceso neurobiológico, protege frente la otitis media, ayuda a combatir infecciones, es menos irritante para la membrana mucosa, se puede tomar a temperatura ambiente y no necesita ninguna esterilización. Es importante que la enfermera recalque a los padres la gran importancia que supone en este caso la lactancia

materna en el bebé. A pesar de la información que se les proporcione, los padres serán los que decidirán siempre qué método será más conveniente para ellos.

Si la madre quiere dar lactancia materna, se deberá tener en cuenta que, proporcionada a través del pecho directamente, puede causar complicaciones en estos casos, ya que los bebés tienen problemas para cogerse correctamente y succionar. Se puede optar por la extracción de la leche y la administración a través de un biberón especial u otros métodos.

Son conocidas las ventajas que proporciona dar directamente el pecho al bebé: mejor relación madre-hijo, tranquilidad y relajación tanto de la madre como del el bebé, etc. Para aquellas madres que quieran experimentar los beneficios que aporta la alimentación con el pecho, se les puede recomendar diversas actuaciones, entre las que destacamos fomentar la aparición de la leche con un succionador, pero alimentar al bebé con alguna técnica de biberón. Es importante que durante la alimentación se mantenga el contacto visual y el contacto piel con piel con el bebé siempre que sea posible. También se puede facilitar al bebé, una vez ya esté alimentado, la succión no nutritiva del pecho (no hay succión de leche), de manera que, aunque no succione correctamente, ambos puedan disfrutar de la experiencia.

Finalmente, es importante tener en cuenta que los ejercicios de succión no nutritiva estimulan importantes músculos de la boca del bebé y la lengua (Kumar, 2013; Reilly, 2013; Dakusaku, 2011; W.Berk, 2009; González, 2011). Sai Sankar (2012) menciona un kit de asistencia para la lactancia materna. Es ideal para la alimentación suplementaria a largo plazo con el pecho. Tiene diferentes sistemas de flujos diferenciados por tubos de diferentes colores e incluye un sistema para colgarlo en el cuello de la madre.

Métodos de alimentación más aconsejables según la tipología de fisura

Una de las principales dudas de los padres es cómo deben alimentar a sus bebés y qué estrategias son las más adecuadas. La enfermera les enseñará las diferentes posturas y métodos en función de la tipología de fisura y del dispositivo de ayuda que hayan escogido (Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012).

Fisurados labiales

Presentan la característica de que no tienen tantos problemas para ingerir y solamente necesitarán alguna modificación en la posición durante la alimentación. Un método recomendable es el de la posición «traddle» (o posición de cara) que consiste en sentar al bebé en las rodillas de la madre y sostener sus hombros y su cabeza. En esta posición, se coloca la zona de la fisura hacia el pecho, de manera que forme una especie de pared y facilite el acto al bebé. Otra recomendación es la de colocar al bebé en un ángulo de unos 45°, nunca totalmente horizontal, ya que facilita la probabilidad de que se ahogue o que presente problemas respiratorios.

En el caso de bebés que presentan fisura labial bilateral, se recomienda la posición «dancer hand», que consiste en coger el pecho desde la parte inferior con el tercer, cuarto y quinto dedo que harán de soporte de manera que el mentón del bebé pueda quedar apoyado en él. Mientras tanto, el pulgar y el índice servirán para presionar ligeramente el músculo masetero del bebé de manera que ayude a estabilizar su mandíbula y le permita sujetarse mejor al pecho.

Fisurados palatinos o con fisura labiopalatina

Los fisurados palatinos raramente podrán alimentarse directamente del pecho. Por lo tanto, las medidas que se comentarán a continuación se aplicarán en función de otros posibles dispositivos, ya sean biberones, obturadores, etc. La posición debe de ser también de unos 45° para reducir la regurgitación nasal y el reflujo de la leche por los tubos de Eustaquio. Asimismo, la posición «football hold» también puede ser utilizada. Consiste en colocar al bebé de forma que sus piernas y su cuerpo queden debajo del brazo de la madre, sosteniendo con su mano la base de la cabeza y el cuello. Es un acto parecido al de coger una pelota de fútbol americano. (Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012.)

Diferentes tipos de soportes para la alimentación

Podemos encontrar diferentes dispositivos que ayudan a alimentar de manera satisfactoria al bebé. Entre los más conocidos, destacan biberones, tetinas y obturadores. El uso temprano de un obturador maxilar ortopédico puede ayudar a cerrar la fisura en los alveolos y el paladar, y la separación entre la cavidad nasal y la cavidad oral, en función de la presión negativa que se crea mediante el acto de la succión. Existen diversos beneficios en el uso de obturadores: crean una plataforma rígida en la cual el

bebé puede presionar el pezón y alimentarse, reducen la regurgitación nasal, reducen el tiempo para alimentar al bebé, ayudan a posicionar la lengua lejos del área de la fisura y permiten el crecimiento espontáneo de las paredes del paladar entre ellas. Sin embargo, no existe consenso en relación a su uso. Algunos autores creen que ayuda a la alimentación, facilita la reparación del labio y del paladar, y mejora el crecimiento facial y la pronunciación, mientras que otros mantienen que es un objeto muy incómodo para el bebé, que necesita un constante control de esterilización e higiene y que por eso se debe desaconsejar su utilización (Rana, 2010; Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012; González, 2011; Chandna, 2011; Gupta, 2012; Dubey, 2013).

Uso de cucharillas de silicona y tazas

Después de las operaciones quirúrgicas para reparar la fisura palatina, el bebé necesita estar totalmente alejado de los biberones, ya que pueden rozar los puntos de sutura y romperlos. Algunos alimentos pueden resultar irritantes, como los cítricos y el tomate por sus propiedades ácidas. Sin embargo, una vez el niño tiene más control, le resultará más fácil ingerirlos. Trettene (2014) y Goyal (2012) recomiendan el uso de cucharillas durante el proceso postoperatorio como la mejor opción para evitar rupturas de suturas, entre otras ventajas (González, 2011; Trettene, 2014; Goyal, 2012).

DISCUSIÓN

Todos los autores que tratan específicamente la intervención enfermera en la atención a estos niños están de acuerdo en que la enfermera constituye una figura indispensable en todo el proceso de información e instrucción a los padres en relación a la alimentación del fisurado. Ayuda a disminuir la ansiedad, informando y dando soporte a los padres, informa sobre cuáles son los mejores métodos y dispositivos según la tipología y da soporte y conocimientos en los periodos pre y postoperatorios (Trettene, 2014; Augsornwan, 2015; Mongkhonthawornchai, 2012; Pongpagatip, 2015; Augsornwan, 2012).

Los autores consultados están de acuerdo en que estos pacientes (especialmente en caso de fisura palatina) presentan una succión deficiente debido a la ausencia de presión en la cavidad intraoral. Aunque algunos artículos consultados estudian el uso de dispositivos de ayuda para solucionar este déficit, ninguno muestra importantes ventajas

frente a los otros (Martin, 2013; Rana, 2010; Goyal, 2012; Da Silva, 2012; Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012).

Los pacientes que presentan la fisura labial y palatina son propensos a manifestar ciertas complicaciones a la hora de la succión y la alimentación. Todos los autores coinciden en que los más comunes son: exceso del aire inhalado en la ingesta, regurgitación del alimento, fatiga, asfixia, entrada de la leche en la cavidad oral, problemas en la ganancia de peso y un exceso de tiempo para realizar la ingesta correctamente (Da Silva, 2012; Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012). El crecimiento y el correcto desarrollo del bebé puede verse ligeramente afectado, sobre todo durante el primer mes de vida. En este primer período hay que hacer más hincapié en las correctas medidas de alimentación (Da Silva, 2012; Kumar, 2013; Sai Sankar, 2012).

Todos los autores coinciden en recomendar la lactancia materna, aunque es la madre quien debe decidir por aquella que le sea más conveniente a su caso y tipología (Kumar, 2013; Reilly, 2013; Dakusaku, 2011; W.Berk, 2009; González, 2011). En dos de las tres fuentes consultadas (Kumar, 2013; Reilly, 2013), se realizan recomendaciones y precisiones en los métodos de alimentación según la tipología de malformación que se presenta. Como se ha mencionado anteriormente, los que presentan mayores complicaciones durante la alimentación son los que presentan fisura palatina, ya sea acompañada de fisura labial o no. Es acertado, pues, que también a la hora de decidir qué tipo de método utilizar se diferencie según las características que se presenten en cada caso (Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012).

Los artículos consultados se refieren de manera bastante parecida a los diferentes dispositivos existentes. Trettene (2014) menciona la cucharilla como el mejor método, sobre todo en el post operatorio. En cambio la gran mayoría de autores no hacen mención directa a este método y, en general, son poco específicos en cuanto al dispositivo mejor para cada uno de los casos (Trettene, 2014; Rana, 2010; Kumar, 2013; Reilly, 2013; Sai Sankar, 2012; González, 2011; Chandna, 2011; Gupta, 2012; Dubey, 2013).

CONCLUSIONES

Tras la búsqueda bibliográfica realizada, se ha podido demostrar que la función de la enfermera en el cuidado de los niños con fisura labial o palatina es muy importante. La enfermera se encarga de enseñar los diferentes métodos de alimentación existentes y aconseja en función de la tipología que se presente; educa sobre los diferentes dispositivos de alimentación; aconseja y guía durante los períodos de pre y postoperatorio y es fundamentalmente en el ámbito alimentario donde se ha comprobado que recibe una mayor solicitud de información; informa a los padres de las características que pueden presentar los fisurados en el desarrollo y crecimiento, sobre todo en el primer mes de vida; asesora e informa a los padres sobre cuáles son las complicaciones más comunes que se pueden presentar en el momento de la alimentación.

Finalmente, es importante tener presente que la intervención más importante que realizan las enfermeras es la de disminuir la ansiedad y el estrés de los padres en los diferentes periodos del proceso y acompañar a la familia y al afectado en el recorrido hacia la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- AUGSORNWAN, D., et al. Development of Information System for Patients with Cleft Lip and Palate undergoing Operation. *Journal of the medical association of Thailand*. 2015, vol. 98, p. 151-157.
- AUGSORNWAN, D., et al. Nursing Outcome in Patients with Cleft lip and Palate Who Underwent Operation: Follow-up Cases. *Journal of the medical association of Thailand*. 2012, vol. 95, núm. 11, p. 116-120.
- CHANDNA, P., et al. Feeding obturator appliance for an infant with cleft lip and palate. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2011, vol. 29, núm. 1, p. 71.
- DAKUSAKU LÓPEZ, Y., et al. Lactancia materna exclusiva y fusión de crestas palatinas en neonatos con fisura labiopalatina. *Kiru*. 2011, vol. 8, núm. 2, p. 75-87.
- DA SILVA FREITAS, R., et al. Weight Gain in Children with Cleft Lip and Palate without Use of Palatal Plates. *Plastic Surgery International*. 2012, vol. 2012.
- DIXON, M., et al. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nature Reviews Genetics*. 2011, vol. 12, núm. 3, p. 167-178.
- DUBEY A., et al. Simplified design and precautionary measures in fabrication of a feeding obturator for a newborn with cleft lip and palate. *Case Reports*. 2013, vol. 2013.
- FREITAS, J.; et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: overall aspects. *Journal of Applied Oral Science*. 2012, vol. 20, p. 9-15.
- GONZÁLEZ, G., et al. *Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica*. Aspanif, 2011. Disponible en:
<http://blog.aspanif.org/wp-content/uploads/2011/11/Guia-ASPANIF-completa.pdf>
- GOYAL, A., et al. Nature of feeding practices among children with cleft lip and palate. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2012, vol. 30, núm. 1, p. 47.

- GUPTA, R., et al. Fabricating feeding plate in CLP infants with two different material: A series of case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2012, vol. 30, núm. 4, p. 352.
- KELLY, D.; et al. Use of folic acid supplements and risk of cleft lip and palate in infants: a population-based cohort study. *British Journal of General Practice*. 2012, vol. 62, núm. 600, p. 466-472.
- KUMAR JINDAL, M., et al. How to Feed Cleft Patient? *IJCPD*. 2013; vol. 6, p. 100-103.
- LETRA, A., et al. Interaction between IRF6 and TGFA Genes Contribute to the Risk of Nonsyndromic Cleft Lip/Palate. *PLoS ONE*. 2012, vol. 7, núm. 9.
- MAARSE, W., et al. Diagnostic accuracy of transabdominal ultrasound in detecting prenatal cleft lip and palate: a systematic review. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2010, vol. 35, núm. 4, p. 495-502
- MARAZITA, M. The Evolution of Human Genetic Studies of Cleft Lip and Cleft Palate. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*. 2012, vol. 13, núm. 13, p. 263-283.
- MÁRQUEZ, M. F. L. El equipo multidisciplinario en la hendidura labio palatina: revisión bibliográfica / The multidisciplinary team in the cleft lip and palate: literature review. *Acta odontológica venezolana*. 2016, vol. 51, núm. 3.
- MARTIN, V., et al. An evaluation of factors influencing feeding in babies with a cleft palate with and without a cleft lip. *Journal of Child Health Care*. 2013, vol. 18, núm. 1, p. 72-83.
- MONGKHONTHAWORNCHAI, S., et al. Nursing Care System Development for Patients with Cleft Lip-Palate and Craniofacial Deformities at Srinagarind Hospital. *Journal of the medical association of Thailand*. 2012, vol. 95, núm. 11, p. 49.
- PONGPAGATIP, S., et al. Development and Monitoring the Key Performent Index of The Quality of Care for Patients with Cleft/Palate in Tawanchai Center and Out-Patient Surgical Room Srinagarind Hospital Thailand. *Journal of the medical association of Thailand*. 2015, vol. 98, núm. 8, p. 54.
- RAHIMOV, F., et al. Genetics of Nonsyndromic Orofacial Clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2012, vol. 49, núm. 1, p. 73-91.

- RANA, V., et al. A feeding appliance for a newborn baby with cleft lip and palate. *National Journal of Maxillofacial Surgery*. 2010, vol. 1, núm. 1, p. 91.
- REILLY, S; et al. ABM Clinical Protocol #17: Guidelines for Breastfeeding Infants with Cleft Lip, Cleft Palate, or Cleft Lip and Palate, Revised 2013. *Breastfeeding Medicine*. 2013, vol. 8, núm. 4, p. 349-353.
- RIVERA, C., et al. Bases ambientales y genéticas de las fisuras orofaciales: Revisión. *Joralres*. 2013, vol. 2, núm 1, p. 35-41.
- ROSSEL-PERRY, P. New Diagram for Cleft Lip and Palate Description: The Clock Diagram. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2009, vol. 46, núm. 3m p. 305-313.
- SAI SANKAR, A; et al. Maiden morsel - feeding in cleft lip and palate infants. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2012, vol. 2, núm. 2, p. 31.
- SHKOUKANI, M., et al. *Cleft Lip – A Comprehensive Review*. *Frontiers in Pediatrics*. 2013, vol. 1.
- STANLEY, E. W., et al. Ultrasonografía en 3D en la evaluación del labio leporino: serie clínica. *Revista chilena de obstetricia ginecológica*. 2009, vol. 7, núm. 5.
- TRETTENE, A., et al. Doubts of caregivers of children with cleft lip and palate on postoperative care after cheiloplasty and palatoplasty. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014, vol. 48, núm 6, p. 993-998.
- TSE, R. Unilateral Cleft Lip: Principles and Practice of Surgical Management. *Seminars in Plastic Surgery*. 2013, vol. 26, núm 4, p. 145-155.
- WANG, K., et al. *Evaluation and integration of disparate classification systems for clefts of the lip*. *Frontiers in Physiology*. 2014, vol. 5.
- W. BERK N. D., et al. *Feeding your baby* North Carolina, 2009. Disponible en: <http://www.cleftline.org/docs/Booklets/FDG-01.pdf>
- WEHBY, G., et al. *Oral cleft prevention program (OCP)*. *BMC Pediatrics*. 2012, vol. 12, núm. 1, p. 184.