

Artículo Original / Original Article

Evaluación del estado nutricional en lactantes, niños pequeños y preescolares con labio fisurado y/o paladar hendido en el proceso de evaluación de admisión en la Fundación Operación Sonrisa Paraguay en mayo del año 2024

Nutritional status assessment in infants, toddlers and preschoolers with cleft lip and/or cleft palate in the admission Assessment Process at the Operation Smile Paraguay Foundation in may 2024

Ximena María Bergues Ugarriza¹, Daisy Amanda Cattoni Ozuna¹, Rafael Figueredo Grijalba¹, *Lourdes Ibarra Samudio¹

¹Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Nutrición, Asunción, Paraguay

RESUMEN

Introducción: El labio y/o paladar hendido (CL/CP) son anomalías congénitas que afectan a uno de cada 700-750 recién nacidos, asociadas a problemas de alimentación y respiración, infecciones de oído e hipoacusia, patología del habla, así como problemas dentales y de desarrollo de los maxilares, requiriendo un abordaje multidisciplinario precoz. **Objetivo:** Evaluar el estado nutricional en lactantes, niños pequeños y preescolares con labio fisurado y/o paladar hendido en el proceso de admisión en la Fundación Operación Sonrisa Paraguay en mayo de 2024. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y cuantitativo con 74 pacientes. Se analizaron variables antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico) y características clínicas. La población incluyó lactantes y niños hasta 5 años con fisuras orales, atendidos en la Fundación Operación Sonrisa Paraguay. **Resultados:** Se evaluaron 74 pacientes: con predominio de 46 (62,2 %) varones (edad media 15,8 ± 17,1 meses) y 42 (56,8 %) procedentes de zonas rurales. La fisura labial bilateral completa fue la más frecuente, con 18 (24,3 %) casos; 41 (56,0 %) presentaron peso/edad adecuado y 32 (43,0 %) malnutrición. En el grupo de 2-5 años, 19 (43,0 %) tuvieron peso/talla adecuado y 22 (50,0 %) malnutrición por exceso. La prevalencia global de malnutrición fue de 34 (46,0 %); 47 (63,5 %) no recibieron lactancia materna exclusiva y 8 (10,8 %) la mantuvieron; 41 (55,4 %) consumieron suplementos. **Conclusión:** La evaluación antropométrica evidenció que la mayoría de los niños presentó indicadores adecuados de peso y talla, aunque se identificaron casos de sobrepeso y obesidad en el grupo etario de 2 a 5 años, en una proporción clínicamente relevante. Estos resultados pusieron de manifiesto la relevancia de incorporar intervenciones nutricionales tempranas como parte del abordaje integral. A partir de los dos años, se observó una tendencia general hacia valores antropométricos compatibles con los estándares esperados para la edad, lo cual contribuyó a una caracterización más completa del estado nutricional en el momento de admisión, sin establecer inferencias de tipo causal.

Palabras clave: Labio fisurado, Paladar hendido, estado nutricional, Paraguay.

*Autor correspondiente: Lourdes Ibarra Samudio. Email: liclourdesibarra@gmail.com

Fecha de recepción: marzo 2026. Fecha de aceptación: mayo 2026

Editora responsable: Graciela Velázquez¹. Universidad Católica de Asunción. Asunción, Paraguay.



ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and/or palate (CL/CP) are congenital anomalies affecting one in every 700-750 newborns, associated with feeding and breathing difficulties, ear infections and hearing loss, speech disorders, as well as dental and jaw development problems, requiring early multidisciplinary intervention. **Objective:** To evaluate the nutritional status of infants, toddlers, and preschoolers with cleft lip and/or palate during the admission process at the Operation Smile Paraguay Foundation in May 2024. **Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional, and quantitative observational study was conducted with 74 patients. Anthropometric variables (weight, height, head circumference) and clinical characteristics were analyzed. The study population included infants and children up to 5 years of age with oral clefts, treated at the Operation Smile Paraguay Foundation. **Results:** Seventy-four patients were evaluated: with a predominance of 46 (62.2%) males (mean age 15.8 ± 17.1 months) and 42 (56.8%) from rural areas. Complete bilateral cleft lip was the most frequent finding, with 18 (24.3%) cases; 41 (56.0%) had appropriate weight for age and 32 (43.0%) were malnourished. In the 2-5 year age group, 19 (43.0%) had appropriate weight for height and 22 (50.0%) were overweight or obese. The overall prevalence of malnutrition was 34 (46.0%); 47 (63.5%) were not exclusively breastfed and 8 (10.8%) were; 41 (55.4%) received supplements. **Conclusion:** Anthropometric assessment showed that most children had adequate weight and height indicators, although cases of overweight and obesity were identified in the 2- to 5-year-old age group, in a clinically relevant proportion. These results highlighted the importance of incorporating early nutritional interventions as part of a comprehensive approach. From the age of two, a general trend toward anthropometric values compatible with expected standards for age was observed, which contributed to a more complete characterization of nutritional status at admission, without establishing causal inferences.

Keywords: Cleft lip, Cleft palate, Nutritional status, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

El labio y/o paladar hendido (CL/CP) son un tipo de anomalías congénitas que afectan a uno de cada 700-750 recién nacidos y están causadas por defectos embriológicos en la formación del labio superior y el paladar durante las primeras etapas del embarazo⁽¹⁾. Las CL/CP se asocian a problemas de alimentación y respiración, infecciones de oído e hipoacusia, patología del habla y problemas dentales y de desarrollo de los maxilares. Por lo tanto, estos pacientes requieren, por un lado, un abordaje multidisciplinar (quirúrgico, ortopédico, ortodóncico, nutricional, otorrinolaringológico, fonoaudiológico y psicológico) que debe realizarse precozmente en la vida y, por otro, un seguimiento prolongado tanto para evitar el deterioro funcional como para permitir el desarrollo normal del niño⁽²⁾.

Dentro de los problemas de alimentación reportados con mayor frecuencia se encuentra la succión ineficaz debido a la incapacidad de generar una presión negativa adecuada en la cavidad oral, la insuficiencia de la leche a través de la cavidad nasal y la asfixia como resultado de defectos faciales y estructurales incompletos en el paladar que causan una baja ingesta de alimentos⁽³⁾.

En 2020, casi 200.000 niños de países con ingresos bajos y medianos con fisuras estaban desnutridos, 46.000 niños menores de cinco años con fisuras han muerto por causas relacionadas con la desnutrición. De estos 46.000 niños, 21.000 murieron por desnutrición únicamente relacionada con su hendidura⁽⁴⁾.

Miranda y colegas⁽⁵⁾ estudiaron la evolución de la longitud, del peso y del índice de masa corporal (IMC) en pacientes menores de dos años con fisura labial y fisura palatina, con dieta normal, con el objetivo de establecer curvas de crecimiento específicas para estos niños. Para la comparación con sus coetáneos sanos se utilizaron como referencia las tablas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2006⁽⁶⁾. En los resultados se observó que los pacientes con fisura labio palatina y fisura palatina tenían un peso e IMC por debajo de las curvas de la OMS, pero mostraron una recuperación espontánea a partir de los cinco meses de edad.

En Paraguay, se estima que 1 de cada 500 niños nacen con hendiduras de labio y/o paladar. Esto significa que, por año, existen 320 nuevos bebés con esta deformidad facial congénita corregible⁽⁷⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio tuvo un diseño observacional descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. La población enfocada estuvo constituida por lactantes, niños pequeños y preescolares con labio fisurado y/o labio paladar hendido, siendo la población accesible lactantes, niños pequeños y preescolares con labio fisurado y/o paladar hendido en el proceso de evaluación de admisión en la Fundación Operación Sonrisa Paraguay en mayo del año 2024.

En cuanto a los criterios de selección; se incluyeron a lactantes, niños pequeños y preescolares con labio fisurado y/o paladar hendido; Lactantes, niños pequeños y preescolares de ambos sexos; Lactantes, niños pequeños y preescolares de 0-5 años; Lactantes, niños pequeños y preescolares atendidos en la Fundación Operación Sonrisa Paraguay en mayo del año 2024; Lactantes, niños pequeños y preescolares cuyos padres de familia o representantes legales firmaron el consentimiento informado. Por otra parte, como criterio de exclusión; Lactantes, niños pequeños y preescolares cuyos padres de familia o representantes legales no deseen que formen parte de la investigación; Lactantes, niños pequeños y preescolares con discapacidad intelectual o física moderada, debido a que influiría en el estado nutricional del paciente; Niños que no padecen labio fisurado y/o paladar hendido; Niños que no hayan completado correctamente el proceso de admisión debido a que habrían datos incompletos.

Se tomó a toda la población accesible en mayo del 2024 en la Fundación Operación Sonrisa Paraguay de acuerdo a los criterios de selección. El muestreo fue de tipo no probabilístico de casos consecutivos.

Para la recolección de datos se solicitó permiso correspondiente a las autoridades de la fundación, por ende, se organizó una reunión con las autoridades de la fundación para explicarles los objetivos de la investigación y la metodología del mismo. Posteriormente se envió una nota a la fundación firmada por autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción". En el día de la evaluación, se procedió a pedir el consentimiento de los padres de los pacientes y/o de los representantes legales de los mismos.

Las variables del estudio fueron; datos sociodemográficos; clínicos y antropométricos; así también el estado nutricional.

El instrumento de investigación inicialmente se validó a través de una prueba piloto aplicada a 10 padres de familia de niños con labio fisurado y paladar hendido menores de un año; quienes, no formaron parte de la población incluida en la muestra. Esta prueba determinó que los datos solicitados en la encuesta

estructurada son claros y entendibles, no existiendo la necesidad de modificaciones.

Cómo instrumento para la recolección de datos, se aplicó una encuesta estructurada que permitió recolectar datos de los lactantes, niños pequeños y preescolares como: diagnóstico, edad y datos antropométricos, que permitió a los investigadores poder determinar el estado nutricional de los mismos; se realizaron preguntas directas al padre de familia o representante legal del paciente.

La digitalización de los datos se realizó en una hoja de cálculo de Excel Microsoft®. Los datos cuantitativos fueron presentados en promedio y desviación estándar ajustado a la normalidad según corresponda, en caso de que los datos no tengan una distribución normal son presentados en mediana con su respectivo mínimo y máximo. Los datos cualitativos están expresados en porcentaje (%) y frecuencia (n). Se utilizó estadística descriptiva para hallar el porcentaje final.

Asuntos éticos

La presente investigación se realizó respetando los 3 principios éticos: el principio de respeto a las personas, que garantiza que cada lactante, niño pequeño y preescolar con labio fisurado y/o paladar hendido fue considerado un individuo autónomo, que se les brindó la información adecuada a padres de familia o representantes legales que asegure que el conocimiento de los objetivos y naturaleza de la investigación, los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios, la garantía de que la participación del estudio es de forma voluntaria y que puede retirarse del estudio en cualquier momento, protección de la privacidad y de confidencialidad de los datos obtenidos así como la respuesta de cualquier duda o consulta a fin de obtener el consentimiento por escrito de los padres de familia o representantes legales.

El segundo principio es la beneficencia: que aseguró que los datos tomados no representan un riesgo para los lactantes, niños pequeños y preescolares con labio fisurado y/o paladar hendido y al término de la misma se les entregó los resultados de su evaluación y además, se les brindó una charla con recomendaciones nutricionales, materiales educativos, cuidados a tener en cuenta y acciones recomendadas a seguir.

Además, la evaluación y diagnóstico nutricional se realizó en forma gratuita, de forma que no representó un gasto extraordinario para los lactantes, niños pequeños, preescolares y/o familia.

Y, por último, en el principio de justicia todos los lactantes, niños pequeños y preescolares participaron de la investigación siempre y cuando reúnan los criterios de selección y se garantizó que todos los participantes fueran tratados por igual, independientemente del género, edad, raza y otros.

De igual manera, los directivos de la Fundación Operación Sonrisa Paraguay, estuvieron en conocimiento de la investigación, los fines y los beneficios, contando con el consentimiento de las instituciones. El trabajo de investigación contó con la dirección de tutores y docentes de la Carrera de Nutrición Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción; y el protocolo de investigación fue sometido al comité de docentes de la institución.

RESULTADOS

Se evaluaron a 74 pacientes, de los cuales el 62,2% (n=46) correspondió al sexo masculino. El promedio de edad fue de $16,2 \pm 17,15$ meses. En cuanto a la procedencia, 56,8% (n=42) provenían de zonas rurales (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Variables		n	%	Promedio ± DE	Valores Máximos	Valores Mínimos
Sexo	Femenino	28	37,8	-	-	-
	Masculino	46	62,2	-	-	-
Edad	Meses	-	-	$16,2 \pm 17,15$	60 meses	0 meses
Procedencia	Urbano	32	43,2	-	-	-
	Rural	42	56,8	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Según las variables antropométricas, el promedio del peso fue de $9,32 \pm 4,79$ DE, con valor mínimo de 2,23 y máximo de 21,6. La talla tuvo un promedio de $73,13 \pm 18,58$ DE, con valores máximos y mínimos de 118 y 40 respectivamente. Según el perímetro cefálico, promedio de $42,76 \pm 4,61$ DE, con valor máximo de 54 y mínimo de 30 (Tabla 2).

Tabla 2. Variables antropométricas.

Variables		Promedio ± DE	Valores Máximos	Valores Mínimos
Peso	En kilogramos	$9,32 \pm 4,79$	21,6	2,23
Talla	En centímetros	$73,13 \pm 18,58$	118	40
Perímetro Cefálico	En centímetros	$42,76 \pm 4,61$	54	30

n=74. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la variable del peso, en el rango de edad de 0-1 año, el promedio fue de $6,10 \pm 2,24$ DE con valor máximo de 10,4 y valor mínimo de 2,23; en el rango de 1-3 años, el promedio fue de $10,9 \pm 2,14$ DE con valor máximo de 15,8 y valor mínimo de 7,4; en el rango de 3-5 años, el promedio fue de $18,21 \pm 2,34$ DE con valor máximo de 21,6 y valor mínimo de 15. Según la talla, en el rango de edad 0-1 año, el promedio fue de $59,55 \pm 7,98$ DE con valor máximo de 70,5 y valor mínimo de 40; en el rango de 1-3 años, el promedio de talla fue de $77,97 \pm 8,17$ DE con valor máximo de 94,5 y valor mínimo de 60; en el rango de 3-5 años el promedio fue de $102,3 \pm 8,5$ DE con valor máximo de 118 y valor mínimo de 86. Teniendo en cuenta el perímetro cefálico, en el rango de 0-1 año, el promedio fue de $40,01 \pm 3,16$ DE, con valor máximo de 45 y mínimo de 30; en el rango de 1-3 años, hubo un promedio de $46,75 \pm 2,07$ DE con valor máximo de 52 y valor mínimo de 43 (Tabla 3).

Tabla 3. Variables Antropométricas según Rango de Edad.

Variables		Rango de edad	Promedio ± DE	Valores Máximos	Valores Mínimos
Peso	En kilogramos	0 - 1 año	$6,10 \pm 2,24$	10,4	2,23
		1 - 3 años	$10,9 \pm 2,14$	15,8	7,4
		3 - 5 años	$18,21 \pm 2,34$	21,6	15
Talla	En centímetros	0 - 1 año	$59,55 \pm 7,98$	70,5	40
		1 - 3 años	$77,97 \pm 8,17$	94,5	60
		3 - 5 años	$102,3 \pm 8,5$	118	86
Perímetro Cefálico	En centímetros	0 - 1 año	$40,01 \pm 3,16$	45	30
		1 - 3 años	$46,75 \pm 2,07$	52	43

Fuente: Elaboración propia.

Según los diagnósticos médicos, la condición con mayor frecuencia fue la fisura labial bilateral de tipo completa con 24,3% (n=18), seguida de la fisura palatina bilateral de tipo completa con 21,6% (n=16) y de la fisura labial unilateral izquierda de tipo completa con 20,3% (n=15) (Tabla 4).

Tabla 4. Tipos de Fisura labial y palatina.

Diagnóstico Médico			n	%
Fisura Labial	Lado Derecho	Tipo Completa	17	23
		Tipo Incompleta	2	2,7
	Lado Izquierdo	Tipo Completa	15	20,3
		Tipo Incompleta	10	13,5
	Bilateral	Tipo Completa	18	24,3
		Tipo Incompleta	1	1,4
Fisura Palatina	Lado Derecho	Tipo Completa	12	16,2
		Tipo Incompleta (Blando y Duro)	2	2,7
	Lado Izquierdo	Tipo Completa	11	14,9
		Tipo Incompleta (Blando y Duro)	1	1,4
	Bilateral	Tipo Completa	16	21,6
		Tipo Incompleta (Blando y Duro)	12	16,2
Tipo Incompleta (Blando)		1	1,4	

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró mayor prevalencia de fisura labial combinada con fisura palatina en un 59,4% (n=44) de los casos, siendo en menor prevalencia la presencia de fisura palatina aislada con un 14,9% (n=11) (Tabla 5).

Tabla 5. Fisuras aisladas o combinadas.

Diagnósticos	n	%
Fisura Labial Aislada	19	25,7
Fisura Palatina Aislada	11	14,9
Combinación de Fisura Labial con Fisura Palatina	44	59,4
Total	74	100

Fuente: Elaboración propia.

Según los indicadores antropométricos, en el rango de edad de 0-2 años, hubo una prevalencia mayor de P/E adecuado con 56% (n=31) y T/E adecuada con 47% (n=26). En cuanto a P/E también hubo riesgo de desnutrición con 20% (n=11) y desnutrición moderada con 18% (n=10). Con respecto a T/E fue seguido de riesgo de talla baja con 20% (n=11), seguido de talla baja y muy baja ambos con 16% (n=9). Según el indicador P/E, el 43% (n=24) presentó algún grado de desnutrición y según el indicador T/E, el 52% (n=29) presentó algún tipo de talla baja. En el rango de 0-3 años, teniendo en cuenta PC/E el 62% (n=37) presentó un perímetro cefálico adecuado, seguido de riesgo de microcefalia con 15% (n=9) y microcefalia con 13% (n=8).

En el rango de 2-5 años, hubo una prevalencia de P/T adecuada con 43% (n=6) y sobrepeso con 36% (n=5). La mayor prevalencia de T/E fue adecuada con 71% (n=10), seguido de riesgo de talla baja 21% (n=3). Según el indicador P/T, el 50% (n=7) presentó algún grado de malnutrición por exceso (Tabla 6).

Tabla 6. Indicadores Antropométricos.

Rango de Edad	Indicador	Diagnóstico	n	%
0 - 2 años	Peso/Edad n= 55	Desnutrición grave	3	5%
		Desnutrición moderada	10	18%
		Riesgo de desnutrición	11	20%
		Adecuado	31	56%
	Talla/Edad n= 55	Talla muy baja	9	16%
		Talla baja	9	16%
		En riesgo de talla baja	11	20%
0 - 3 años	PC/E n= 60	Adecuado	26	47%
		Microcefalia	8	13%
		Riesgo de microcefalia	9	15%
		Macrocefalia	1	2%
		Riesgo de macrocefalia	5	8%
2 - 5 años	Peso/Talla n= 14	Desnutrición grave	0	0%
		Desnutrición moderada	0	0%
		Riesgo de desnutrición	1	7%
		Adecuado	6	43%
		Sobrepeso	5	36%
		Obesidad	2	14%
	Talla/Edad n= 14	Talla muy baja	0	0%
		Talla baja	1	7%
		En riesgo de talla baja	3	21%
		Adecuado	10	71%

Fuente: Elaboración propia.

Comparando el estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de diagnóstico y P/E, se evidenció que tanto la presencia de fisura labial aislada, fisura palatina aislada y la combinación de ambas afecciones, cursan con estado nutricional adecuado en la mayoría de los casos, siendo 53,3% (n=8), 70% (n=7) y 53,4% (n=16) respectivamente. Luego, los pacientes con fisura labial aislada presentaron una desnutrición moderada en 33,3% (n=5) de los casos. Seguidamente, en cuanto a la fisura palatina aislada, se encontró una igualdad en riesgo de desnutrición, desnutrición moderada y grave con 10% de los casos. En cuanto a la combinación de fisura labial con fisura palatina, la segunda mayor frecuencia se dio en riesgo de desnutrición con 30% (n=9) de los casos.

Tabla 7. Estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de diagnóstico o tipo de fisura y P/E.

Comparación del Estado Nutricional según P/E (menores 2 años)				
	Adecuado	Riesgo de Desnutrición	Desnutrición Moderada	Desnutrición Grave
Fisura Labial Aislada (19 - 4 = 15)	53,3 % n= 8	6,7 % n= 1	33,3 % n= 5	6,7% n= 1
Fisura Palatina Aislada (11 - 1 = 10)	70 % n= 7	10 % n= 1	10 % n= 1	10 % n= 1
Combinación de Fisura Labial con Fisura Palatina (44 - 14 = 30)	53,4 % n= 16	30 % n= 9	13,3 % n= 4	3,3 % n= 1

Fuente: Elaboración propia.

Comparando el estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de diagnóstico y el indicador antropométrico P/T, se evidenció que tanto la presencia de fisura labial aislada, fisura palatina aislada y la combinación de ambas afecciones, cursan con estado nutricional adecuado en la mayoría de los casos, siendo 25% (n=1), 100% (n=1) y 50% (n=7) respectivamente. Luego, los pacientes con fisura labial aislada presentaron sobrepeso en 50% (n=2) de los casos y obesidad en 25% (n=1). En cuanto a la combinación de fisura labial con fisura palatina, la segunda mayor frecuencia se dio en sobrepeso con 28,6% (n=4) de los casos.

Tabla 8. Estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de diagnóstico y P/T.

Comparación del Estado Nutricional según P/T (entre 2-5 años)						
	Desnutrición grave	Desnutrición moderada	Riesgo de desnutrición	Adecuado	Sobrepeso	Obesidad
Fisura Labial Aislada	0 % n= 0	0 % n= 0	0 % n= 0	25 % n= 1	50 % n= 2	25 % n= 1
Fisura Palatina Aislada	0 % n= 0	0 % n= 0	0 % n= 0	100 % n= 1	0 % n= 0	0 % n= 0
Combinación de Fisura Labial con Fisura Palatina	0 % n= 0	0 % n= 0	7,1 % n= 1	50 % n= 7	28,6 % n= 4	14,3 % n= 2

Fuente: Elaboración propia.

Comparando el estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de diagnóstico y PC/E, se evidenció en los 3 casos la presencia de perímetro cefálico adecuado. Con respecto a la fisura labial aislada, se encontró en un 19% (n=3) la presencia de riesgo de microcefalia y riesgo de macrocefalia. Teniendo en cuenta la fisura palatina aislada, en un 20% (n=2) se encontraban con microcefalia y los pacientes con combinación de ambas afecciones, en un 18% (n=6) de los casos se encontraban también con microcefalia.

Tabla 9. Estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de diagnóstico y PC/E.

Comparación del Estado Nutricional según PC/E					
	Adecuado	Riesgo de Microcefalia	Microcefalia	Riesgo de Macrocefalia	Macrocefalia
Fisura Labial Aislada	50 % n= 8	19 % n= 3	13 % n= 2	19 % n= 3	0 % n= 0
Fisura Palatina Aislada	80 % n= 8	0 % n= 0	20 % n= 2	0 % n= 0	0 % n= 0
Combinación de Fisura Labial con Fisura Palatina	62 % n=21	12 % n= 4	18 % n= 6	6 % n= 2	3 % n= 1

Fuente: Elaboración propia.

Comparando el estado nutricional según P/E, se evidenció que ambos sexos presentaron un estado nutricional adecuado. Los pacientes de sexo femenino en segundo lugar presentaron desnutrición moderada en un 20% (n=4) de los casos, a diferencia de los pacientes de sexo masculino que presentaron riesgo de desnutrición en un 25,7% (n=9) de los casos.

Tabla 10. Estado nutricional de los pacientes teniendo en cuenta el criterio de género.

Comparación del Estado Nutricional según P/E (menores 2 años)				
	Adecuado	Riesgo de Desnutrición	Desnutrición Moderada	Desnutrición Grave
Femenino (28 - 8 = 20)	65 % n= 13	10 % n= 2	20 % n= 4	5 % n= 1
Masculino (46 - 11 = 35)	51,4 % n= 18	25,7 % n= 9	14,3 % n= 5	5,7 % n= 2

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la lactancia materna exclusiva, se encontró que el 71,6% (n=53) no lo recibió. La razón más prevalente fue debido a una dificultad en la deglución/succión del bebé en un 47,3% (n=35).

Tabla 11. Frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME).

Lactancia Materna Exclusiva	n	%
Si	21	28,4
No	53	71,6
Total	74	100
¿Por qué no LME?	n	%
Baja producción de leche por parte de la madre	20	27
Dificultad en la deglución/succión	35	47,3
Ocupaciones de la madre	1	1,3
Falta de saciedad	2	2,7
Bajo peso del bebé	1	1,3
Rechazo del bebé	2	2,7

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta el tiempo de lactancia materna exclusiva, el 63,5% (n=47) de los pacientes no lo recibieron y tan solo el 10,8% (n=8) lo siguen recibiendo hasta la actualidad. 9,5% (n=7) de las mujeres dieron LME hasta los 1 mes. En cuanto a los sustitutos a la LME, 62,2% (n=46) coincidió en el uso de la misma fórmula láctea y los demás utilizan distintas fórmulas lácteas con diferentes formulaciones y de diferente calidad. Solo 9,5% (n=7) forman parte del programa del PANI, debido al desconocimiento del programa con un 60,8% (n=45) de incidencia.

En cuanto al consumo de suplementos, el 55,4% (n=41) sí los consumía, siendo la mayor prevalencia el consumo de vitamina ACD en un 50% (n=37) de los casos y en menor medida el consumo de probióticos con un 4,1% (n=3).

Tabla 12. Suplementación.

Suplementación	n	%
Sí	41	55,4
No	33	44,6
Total	74	100
Tipos de suplementos	n	%
Vitamina ACD	37	50
Ácido Fólico	11	14,9
Hierro	8	10,8
Probiótico	3	4,1
Zinc	7	9,5

Fuente: Elaboración propia.

En relación a la LME, teniendo en cuenta los pacientes de 0-2 años con indicador de P/E con algún grado de desnutrición [43,6% (n=24)], el 41,6% (n=10) no recibieron LME y 37,5% (n=9) recibieron LME menos de 1 mes. Teniendo en cuenta el indicador de T/E con resultados de riesgo, talla baja o muy

baja [47,3% (n=35)], el 48,6% (n=17) no recibió LME y el 31,4% (n=11) recibieron LME menos de 1 mes.

En relación a la suplementación, según el indicador P/E, del 43,5% con algún grado de desnutrición, el 66,7% consumía algún suplemento vitamínico. Según T/E, del 47,3% con resultados de riesgo, talla baja o muy baja, el 54,3% consumía algún suplemento vitamínico.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluaron 74 pacientes con un promedio de edad de $15,8 \pm 17,06$ meses. De los mismos la mayoría pertenece al sexo masculino en un 62,2%, coincidiendo con el hallazgo de Sanabria y colaboradores⁽⁸⁾ estudio realizado en Paraguay "Comparación del estado nutricional en lactantes con labio leporino y/o paladar hendido pre y post quirúrgico. Operación Sonrisa Paraguay 2020"; así como también en el estudio de Carballo⁽⁹⁾ "Evaluación nutricional en niños de 0 a 24 meses con labio leporino y paladar hendido" realizado en Argentina.

Según González y Mera⁽¹⁰⁾, en cuanto al diagnóstico médico, la mayoría presentó la combinación de labio fisurado y paladar hendido, coincidiendo con los hallazgos en el presente estudio en un 59,4%. En segundo lugar, de prevalencia, encontraron pacientes solo con paladar hendido y finalmente en menor medida pacientes solo con labio fisurado. Estos dos últimos resultados no reflejan lo mismo que nuestro estudio debido a que en segundo lugar se encontraron más casos de fisura labial aislada y en último lugar la fisura palatina aislada. Sin embargo, Llano⁽¹¹⁾ encontró cifras similares al presente estudio.

Según los indicadores antropométricos, hubo una prevalencia mayor de P/E adecuado y T/E adecuada. Seguidamente, en cuanto al peso se evidenció un total de 20% con riesgo de desnutrición y 18% desnutrición moderada, y en cuanto a la talla hubo 20% de riesgo de talla baja seguido de un 16% de talla baja y muy baja en igual proporción. Resultados similares fueron encontrados por Paredes y Vilca⁽¹²⁾ en su estudio "Influencia de la presentación de labio leporino y/o paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la Clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021. Teniendo en cuenta el indicador P/T, Sanabria y colaboradores⁽⁸⁾ evidenciaron una mayor prevalencia de P/T adecuada, seguida de sobrepeso, resultados idénticos a los hallados en este estudio.

La investigación realizada por Sanabria y colaboradores⁽⁸⁾, señala un aumento del porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad por el indicador peso para la talla, resultados similares fueron encontrados en el presente estudio, ya que el 50% de los pacientes entre 2 y 5 años presentaba malnutrición por exceso según el indicador P/T.

Los pacientes con fisura labial mostraron un deterioro menos marcado del peso en comparación con el grupo de fisura palatina y fisura labio palatina. Estos resultados se pueden atribuir a la mayor dificultad en la alimentación en los pacientes que asocian fisura palatina en comparación con el grupo de fisura labial aislada. Esto se ratifica con el estudio "Estado nutricional y crecimiento en niños nacidos con fisuras labio palatinas" (gallego y colaboradores), en el cual encontraron datos muy similares⁽¹³⁾.

Según Sanabria y colaboradores⁽⁸⁾, la prevalencia de lactancia materna fue de un 88%, no siendo de forma exclusiva. Según los resultados encontrados en el estudio, el 28,4% de las madres proporcionaron lactancia materna exclusiva. Con

respecto a la causa principal de abandono de la LME, fue debido a una dificultad en la deglución/succión del bebé.

En relación al Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) solo 9,5% forman parte, similar al estudio realizado por Sanabria y colaboradores⁽⁸⁾ en donde solo el 2% consumía leche de dicho programa.

En el estudio elaborado por Sanabria y colaboradores⁽⁸⁾, el 70% de los niños recibió formulas infantiles, el 68% tuvo suplementación con vitaminas y el 80% con hierro. Estos datos se condicen con los encontrados en el estudio, ya que el 55,4% recibió alguna suplementación, en contraposición a los datos encontrados en la suplementación de hierro, en donde tan solo el 10,8% recibió dicha suplementación.

CONCLUSIÓN

Este estudio resalta la compleja relación entre las condiciones de labio fisurado y paladar hendido y el estado nutricional de los pacientes evaluados.

El análisis de las características demográficas de los 74 pacientes evaluados reveló que una mayoría significativa correspondía al sexo masculino, con un promedio de edad de 15,8 meses. Además, la mayoría de los pacientes provenía de zonas rurales, lo que indica una tendencia geográfica que podría influir en el acceso a servicios de salud y nutrición.

Teniendo en cuenta el diagnóstico médico, gran parte de los pacientes presentó la combinación de labio fisurado y paladar hendido. En cuanto a los tipos de fisura, la fisura labial bilateral completa fue la condición más prevalente, seguida de la fisura palatina bilateral completa y la fisura labial unilateral izquierrda. Esta diversidad en los tipos de fisuras sugiere la necesidad de un enfoque clínico adaptado que contemple las distintas características de cada caso.

La evaluación del estado nutricional a través de datos antropométricos reveló una prevalencia de indicadores antropométricos adecuados en términos de peso y talla, también se evidencian altos niveles de sobrepeso y obesidad, especialmente en el grupo de 2 a 5 años. Dichos pacientes necesitan soporte nutricional y ayuda con la alimentación durante la primera infancia. Sin embargo, a largo plazo, el pronóstico nutricional y el crecimiento se equiparan en la mayoría de ellos al de sus coetáneos, sobre todo a partir de los dos años de edad.

La relación entre el estado nutricional y el tipo de fisura demostró que, a pesar de la presencia de condiciones como fisura labial aislada o combinada con fisura palatina, muchos pacientes lograban mantener un estado nutricional adecuado. Sin embargo, se observó que un porcentaje significativo de pacientes con fisura palatina aislada estaba en riesgo de desnutrición. Esto resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario que considere tanto la salud física como la nutrición en el tratamiento de dichos pacientes.

La evaluación del estado nutricional en relación con la lactancia materna exclusiva mostró que más de la mitad de los pacientes no recibió este tipo de alimentación, siendo la dificultad en la deglución la razón más común. Este dato es alarmante, ya que la lactancia materna es crucial para el desarrollo adecuado durante los primeros años de vida. Además, se observó que la mayoría de los pacientes que recibieron algún tipo de suplemento vitamínico lograron mejorar su estado nutricional, indicando que el acceso a la suplementación puede ser un factor clave para abordar deficiencias nutricionales en esta población. Estos resultados enfatizan la necesidad de promover la lactancia materna y garantizar

la disponibilidad de suplementos adecuados para mejorar el estado nutricional de los niños con fisuras.

DECLARACIONES

Contribución de los autores: Todos los autores contribuyeron con el diseño, análisis, interpretación de los datos, redacción del trabajo, revisión crítica del contenido y aprobación final para su publicación.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de interés.

Financiación: no existe fuente de financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mossey PA, Little J, Munger RG, Dixon MJ, Shaw WC. Cleft lip and palate. *Lancet*. 2009 Nov 28; 374 (9703): 1773-85. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19747722/>
2. Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez González V, Díez Rodríguez R, López-Cedrun JL, Miro Viar J, et al. Tratamiento integral del labio leporino y paladar hendido. Organización de un equipo de tratamiento. *Cir Pediatr*. 1999; 12:4-10. https://secipe.org/coldata/upload/revista/CirPed12_4-10.pdf
3. Balluff MA. Necesidades nutricionales de un bebé o niño con labio leporino o paladar hendido. *Oído Nariz Garganta J*. 1986; 65(7): 311-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3091355/>
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Smile Train. State of the World's Cleft Care Report: A Generation Lost: The Devastating Effect of Malnutrition on Children with Clefts. Seattle (WA): IHME and Smile Train; 2022. https://www.smiletrain.org/sites/default/files/2022-10/ihme-world-smile-day-report-2022_0.pdf
5. Miranda GS, Marques IL, de Barros SP, Arena EP, de Souza L. Weight, length, and body mass index growth of children under 2 years of age with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*. 2016; 53: 264-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25554856/>
6. World Health Organization. WHO child growth standards: methods and development: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height, body mass index-for-age. Geneva: World Health Organization; 2006. <http://www.who.int/childgrowth/publications>
7. Oporto O. Relatório de impacto ambiental (RIMA): Construção e Operação de la Clínica. 2019 [consultado 7 oct 2023]. <https://n9.cl/3d46k>
8. Sanabria M, Aponte I, Morínigo M. Comparación del estado nutricional en lactantes con labio leporino y/o paladar hendido pre y post quirúrgico. Operación Sonrisa Paraguay 2020, Asunción. *Revista Científica Sociedad Paraguaya de Pediatría*. 2021; 48: 124. Doi: 10.31698/ped.51012024002
9. Carballo E. Evaluación nutricional en niños de 0 a 24 meses con labio leporino y paladar hendido [Internet]. Argentina: Universidad FASTA; 2013 [citado 29 ago 2024]. <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/3119>
10. González J, Mera O. Estado nutricional en niños de 1 a 12 años con labio leporino y paladar. Cuenca 2018-2019. Código Científico Revista de Investigación. 2023;4(2):642-57. <https://revistacodigocientifico.itslosandes.net/index.php/1/article/view/136>
11. Llano A. Estado nutricional de infantes con labio fisurado y/o paladar hendido que asisten a la clínica especializada en Fernando de la Mora, Paraguay [tesis]. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.
12. Paredes G, Vilca J. Influencia de la presentación de labio leporino y/o

paladar hendido en el estado nutricional de infantes evaluados en la Clínica Paz Holandesa, Arequipa 2018-2021 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2022 [citado 29 ago 2024].

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11643>

13. Gallego R, Esparza L, Moral I, Rodríguez G. Estado nutricional y crecimiento en niños nacidos con fisuras labio palatinas [Internet]. España: Universidad de Zaragoza; 2020 [citado 29 ago 2024]. Doi: 10.35366/94380