



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA TERAPIA DEL LENGUAJE**

**DEGLUCIÓN Y SU RELACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS QUE
PRESENTAN LABIO Y/ O PALADAR FISURADO**

**AUTORES:
ESTACIO PRECIADO KATHERINE MICHAELLE
VELÁSQUEZ BAÑO KARLA YADIRA**

**TUTOR :
LCDO. JOSÉ BENALCAZAR GAME MSC.**

**SEPTIEMBRE
2017**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

iii

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

DEGLUCIÓN Y SU RELACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS QUE PRESENTAN LA Y/O PALADAR FISURADO

AUTOR/ ES:

ESTACIO PRECIADO KATHERINE
MICHAELLE

VELÁSQUEZ BAÑO KARLA YADIRA

TUTOR:

LCDO. JOSÉ BENALCAZAR GAME MSC.

REVISORES:

LCDA. MARCELA CORREA MSC.

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: **TERAPIA DEL LENGUAJE**

FECHA DE PUBLICACION: SEPTIEMBRE/2017

Nº DE PÁGS: 130

AREAS TEMÁTICAS: REHABILITACIÓN TERAPIA MIOFUNCIONAL

PALABRAS CLAVE: paladar fisurado, masticación, deglución, orofaciales, miofuncional

RESUMEN:

¿Existe una correlación entre la alimentación y la deglución en la adquisición del proceso masticatorio?, para responder a esta interrogante se realizó un análisis bibliográfico documental, dando resultado que, entre las disfunciones promotoras que produce la fisura labiopalatina, se encuentran alteraciones en la: succión, masticación y la etapa oral de deglución. La primera intervención quirúrgica de estos niños se produce a los tres años con el cierre del labio (queilogle) y a los dieciocho meses con el cierre del paladar (palatoglosia), tomando en cuenta el campo de acción del terapeuta del lenguaje, que abarca el sistema anatomofisiológico del ser humano se decidió realizar una investigación cuantitativa-descriptiva, donde el enfoque es dar a conocer la importancia de la intervención precoz en estos niños a través de la terapia miofuncional. Es por ello, que el objetivo fue diseñar una guía de ejercicios complementarios dirigida a padres. La muestra seleccionada se escogió a través de una encuesta, herramientas de evaluación de las funciones y el método de evaluación clínica volumen- viscosidad (MECV-V). Cabe recalcar que las edades se seleccionaron en base a la realización de la palatoglosia. Los resultados obtenidos fueron midieron en base a la diferencia de los resultados arrojados por el pre-test post-test, en los cuales se observaron pequeños logros en los niños tras la aplicación de propuesta.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web): <https://secure.arkund.com/view/30043560-273192-749255#BcExDslwEEXBu7h+Qrt/Y6+dq6AUKCKRC9KkRNydmW/53GV9Go4nPhAKtKCKGkrU0SAII5wSxU2ka553nNY+6va3+X1R6W5ho1vUX23od+fw==>

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Katherine Estacio Preciado
Karla Velásquez Baño

Teléfono:

0967608928
0967503581

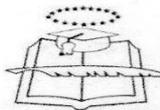
E-mail:

Karlayadiravelasquy1991@gmail.com
Keanis_michaelle19@outlook.es

**CONTACTO EN
LA INSTITUCIÓN:**

Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Teléfono: (04) 228-4505



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

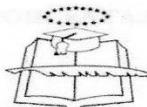
Guayaquil, _____

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado Marcela Correa, tutor revisor del trabajo de titulación "Deglución y su relación en la alimentación de los niños que presentan labio y/o paladar fisurado" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por Estacio Preciado y Karla Velásquez Baño con C.I. No.092963491-3 y C.I. No. 092342285-1 respectivamente, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Licenciatura en Terapia de Lenguaje, en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. No. 0918658238



Universidad de Guayaquil

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Nosotras, Katherine Estacio Preciado y Karla Velásquez Baño con C.I. No.092963491-3 y C.I. No. 092342285-1 respectivamente, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es "Deglución y su relación en la alimentación de los niños que presentan labio y/ o paladar fisurado" son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

Katherine Estacio Preciado

C.I. No. 092963491-3

Karla Velásquez Baño

C.I. No. 092342285-1

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899

- Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado José Benalcazar Game, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por, Katherine Estacio Preciado y Karla Velásquez Baño con C.I. No.092963491-3 y C.I. No. 092342285-1 respectivamente, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de la Licenciatura en Terapia de Lenguaje.

Se informa que el trabajo de titulación: "Deglución y su relación en la alimentación de los niños que presentan labio y/ o paladar fisurado", ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUM quedando el 5% de coincidencia.

De: report@analysis.orkund.com <report@analysis.orkund.com>
Enviado: domingo, 03 de septiembre de 2017 3:43
Para: JOSE GABRIEL BENALCAZAR GAME
Asunto: [Urkund] 5% de similitud - lcdopalaciospat@gmail.com

Documento(s) entregado(s) por: lcdopalaciospat@gmail.com
Documento(s) recibido(s) el: 03/09/2017 6:03:00
Informe generado el 03/09/2017 10:43:42 por el servicio de análisis documental de Urkund.

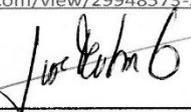
Mensaje del depositante: ----- Forwarded message -----
From: Karla Velasquez <karlayadirvelasquez1991@gmail.com>
Date: 2017-09-02 21:18 GMT-05:00
Subject: Katherine Estacio y Karla Velásquez Tema:deglución y su relación en la alimentación de niños con labio y/o paladar fisurado
To: lcdopalaciospat@gmail.com
Cc: karlayadirvelasquez1991 <karlayadirvelasquez1991@gmail.com>

Documento : URKUND FINAL LISTO.docx [D30346247]

Alrededor de 5% de este documento se compone de texto más o menos similar al contenido de 54 fuente(s) considerada(s) como la(s) más pertinente(s).

La más larga sección comportando similitudes, contiene 94 palabras y tiene un índice de similitud de 79% con su principal fuente.

TENER EN CUENTA que el índice de similitud presentado arriba, no indica en ningún momento la presencia demostrada de plagio o de falta de rigor en el <https://secure.orkund.com/view/29948573-348280-912004>



Lic. José Benalcazar Game. Msc.
Docente Tutor

C.I. _____

DEDICATORIA

A Dios por poner en mi camino a las personas correctas.

A mi madre pilar fundamental en mi vida, ejemplo de fortaleza y persistencia.

A mis hermanas por estar para mí siempre que lo he necesitado.

A mi padrastro por su apoyo incondicional.

Karla Velásquez B.

A mi madre que ha sido padre y madre para sus hijos, por guiar mí camino para ser una mujer de éxito.

A mi Ángel “Mami Anita” por ser mi ejemplo de solidaridad y bondad.

A mis amigas por compartir conmigo parte de sus vidas y convertirse en mi segunda familia.

A todas aquellas personas que me quisieron ver caer y gracias a eso me hicieron más fuerte.

Keana Estacio P.

AGRADECIMIENTO

A los docentes que nos brindaron la oportunidad de crecer como profesionales responsables. A nuestra abnegada docente Psi. Cli. María Enireb por sus innumerables consejos y guía a lo largo de nuestra vida universitaria.

A Joselyne Preciado por acompañarnos en nuestro día a día de la realización de este proyecto y por su aporte inigualable. A nuestro tutor Lic. José Benalcazar por darnos la guía necesaria para lograr esta meta.

A nuestras tutoras de pasantías, Lcda. Fátima Piña y Lcda. Cristina Quijije, de la Fundación Fasinarm por su disponibilidad y bondad a la hora de compartir sus conocimientos y experiencias con nosotras.

A los niños y padres de familia que fueron la pieza fundamental para realizar nuestro proyecto de titulación, en especial Lindsay por su ternura y predisposición a trabajar.

Las autoras

Tabla de contenido

Portada	i
Repositorio nacional en ciencia y tecnología.....	¡Error! Marcador no definido.
Certificado del tutor	¡Error! Marcador no definido.
Certificación del tutor revisor	¡Error! Marcador no definido.
Licencia gratuita	¡Error! Marcador no definido.
Certificado porcentaje de similitud.....	¡Error! Marcador no definido.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice de tablas	xii
Índice de figuras.....	xiii
Índice de anexos.....	xvi
Resumen.....	xvii
Abstract.....	xviii
Introducción	1
CAPÍTULO I	3
Planteamiento del Problema	3
Formulación del Problema.....	4
Justificación del Problema	4
Delimitación del problema.....	6
Hipótesis	6

Sistematización del problema	7
Objetivos	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos	8
Cuadro de operacionalización.....	9
CAPÍTULO II.....	10
Marco teórico.....	10
Antecedentes de la investigación	10
Fundamentación teórica.....	11
Definición del sistema Estomatognático.....	11
Estructuras estáticas del sistema estomatognático	13
Estructuras dinámicas del sistema estomatognático	17
Funciones estomatognáticas	25
Definición de Labio y / o paladar fisurado	37
Descripción general de las deformidades labiopalatina.....	37
Características anatómo-fisiológica.....	38
Clasificación	40
Tratamiento.....	41
Definición de Terapia Miofuncional.....	42
Los beneficios y aplicaciones de la Terapia Miofuncional.....	43
Examen miofuncional:.....	44
Aspectos morfológicos y de postura	44

Materiales.....	45
Definición de Método de evaluación clínica volumen – viscosidad (MECV-V) ..	46
Descripción de la aplicación	46
Marco conceptual.....	48
Marco contextual	51
Marco Legal.....	52
CAPÍTULO III.....	59
Metodología.....	59
Diseño de la Investigación.....	59
Tipo de investigación.....	59
Modalidad de la investigación	60
Población y muestra.....	60
Población	60
Muestra	61
Muestra por Sexo	62
Muestra por Edad.....	64
Muestra por edad según el sexo.....	65
Resultado de población y muestra	66
Análisis e interpretación de la encuesta realizada a los padres.....	68
CAPÍTULO IV	79
Propuesta.....	79
Conclusión	105

Recomendaciones	106
Bibliografía	108
Anexos	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla. 1 Delimitación del Problema.....	6
Tabla. 2 Operacionalización de variables.....	9
Tabla. 3 Población.....	60
Tabla. 4 Muestra.....	61
Tabla. 5 Sexo.....	62
Tabla. 6 Edad.....	63
Tabla. 7 Edad según el sexo.....	64
Tabla. 8 Población y Muestra.....	65
Tabla. 9 Criterios de inclusión y exclusión	66
Tabla. 10 Encuesta.....	67
Tabla. 10 Encuesta.....	68
Tabla. 11 Encuesta.....	69
Tabla. 12 Encuesta.....	70
Tabla. 13 Encuesta.....	71
Tabla. 14 Encuesta.....	72
Tabla. 15 Encuesta.....	73
Tabla. 16 Encuesta.....	74
Tabla. 17 Encuesta.....	75
Tabla. 18 Encuesta.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1 Estructura ósea del SE	12
Figura2 Ligamentos de la ATM	13
Figura 3 Mandíbula, visión oblicua	14
Figura 4 Dentición en niño y adulto	15
Figura 5 Músculos de la estructura dinámica del SE	16
Figura 6 Músculos de la expresión	18
Figura 7 Músculos de la masticación.....	20
Figura 8 Músculos de la lengua y del velo del paladar.....	22
Figura 9 Crecimiento cráneo- facial	24
Figura 10 Mecanismo de succión no artificial.....	25
Figura 11 Sistema Respiratorio.....	28
Figura 12 Fases de la deglución.....	30
Figura 13 Ecografía de paciente con fisura labial bilateral.....	37
Figura 14 Fisura unilateral.....	39
Figura 15 Clasificación según Millard o Bird.....	40
Figura 16 Procedimientos quirúrgicos.....	41
Figura 17 Observación de los órganos bucofonatorios	42
Figura 18 Estimulación bucomaxilar.....	45
Figura 19 Hoja de registro MECV-V.....	47
Figura 20 Gráfico de Población	60
Figura 21 del Gráfico Muestra	61
Figura 22 del Gráfico Sexo	62
Figura. 23 del Gráfico Edad	63
Figura. 24 del Gráfico Edad según el Sexo	64
Figura 25 del Gráfico Población y Muestra	65
Figura. 26 del Gráfico Encuesta	68
Figura. 27 del Gráfico Encuesta	69
Figura. 28 del Gráfico Encuesta	70
Figura. 29 del Gráfico Encuesta	71
Figura. 30 del Gráfico Encuesta	72
Figura. 31 del Gráfico Encuesta	73
Figura. 32 del Gráfico Encuesta	74
Figura. 33 del Gráfico Encuesta	75
Figura. 34 del Gráfico Encuesta	76

Figura. 35. Bebé con FLP.....	83
Figura. 36. Operación de FLP.....	83
Figura. 37. Clasificación de FLP.....	83
Figura. 38. Posiciones para lactancia.....	84
Figura. 39. Músculos de la masticación.....	84
Figura. 40. Placa ortodóncica.....	84
Figura. 41. Familia con niño con FLP.....	84
Figura. 42. Posición para dar el biberón FLP.....	85
Figura. 43. Masajes orofaciales.....	85
Figura. 44. Estimuladores Orales.....	86
Figura. 45. Postura.....	89
Figura. 46. Postura.....	90
Figura. 47. Ejercicio de respiración.....	92
Figura. 48. Ejercicio de respiración.....	93
Figura. 49. Ejercicio de respiración.....	94
Figura. 50. Ejercicio de respiración.....	95
Figura. 51. Ejercicio de respiración.....	95
Figura. 52. Masajes faciales.....	96
Figura. 53. Masajes faciales.....	96
Figura. 54. Masajes faciales.....	96
Figura. 55. Masajes faciales.....	96
Figura. 56. Praxias.....	97
Figura. 57. Praxias labiales.....	97
Figura. 58. Praxias labiales.....	98
Figura. 59. Praxias labiales.....	98
Figura. 60. Praxias labiales.....	99

Figura. 61. Praxias labiales.....	100
Figura. 61. Praxias linguales.....	100
Figura. 63. Praxias linguales.....	101
Figura. 64. Praxias linguales.....	101
Figura. 65. Praxias linguales.....	102
Figura. 66. Praxias mandibulares.....	102
Figura. 67. Praxias mandibulares.....	103
Figura. 68. Praxias mandibulares.....	103
Figura. 69. Praxias mandibulares.....	104
Figura 70: Realización de anamnesis a madres.....	130
Figura 71: Preparación del material para la evaluación del método MECV-V.....	130
Figura 72: Realización de la evaluación del método MECV-V.....	131
Figura 73: Evaluación de los órganos bucofonatorios.....	131
Figura 74: Masajes Orofaciales.....	132
Figura 75: Praxias linguales.....	132
Figura 76: Estimulación Palatina.....	133
Figura 77: Estimulación Lingual.....	133
Figura 78: Estimulación de mordida	134
Figura 79: Socialización con la paciente.....	134

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Cronograma.....	111
Anexo 2: Presupuesto.....	113
Anexo 3: Recursos.....	114
Anexo 3: Anamnesis.....	115
Anexo 4: Anamnesis miofuncional.....	123
Anexo 5: Evaluación miofuncional.....	125
Anexo 6: Método de evaluación volumen- viscosidad.....	129
Anexo 7: Realización de anamnesis a madres.....	130
Anexo 8: Preparación del material para la evaluación del método MECV-V.....	130
Anexo 9: Realización de la evaluación del método MECV-V.....	131
Anexo 10: Evaluación de los órganos bucofonatorios.....	131
Anexo 11: Masajes Orofaciales.....	132
Anexo 12: Praxias linguales.....	132
Anexo 13: Estimulación Palatina.....	133
Anexo 14: Estimulación Lingual.....	133
Anexo 15: Estimulación de mordida	134
Anexo 16: Socialización con la paciente.....	134

**DEGLUCIÓN Y SU CONSECUENCIA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS
NIÑOS QUE PRESENTAN LABIO Y/ O PALADAR FISURADO**

Autoras: Katherine Estacio P.

Karla Velásquez B.

Tutor de titulación: Lic. José Benalcazar Game, Msc

Resumen

¿Existe una correlación entre la alimentación y la deglución en la adquisición del proceso masticatorio?, para responder a esta interrogante se realizó un análisis bibliográfico documental, dando resultado que, entre las disfunciones oromotores que produce la fisura labiopalatina, se encuentran alteraciones en la: succión, masticación y la etapa oral de la deglución. La primera intervención quirúrgica de estos niños se produce a los tres años con el cierre del labio (queiloglosia) y a los dieciocho meses con el cierre del paladar (palatoglosia), tomando en cuenta el campo de acción del terapeuta del lenguaje, que abarca el sistema anatomofisiológico del ser humano se decidió realizar una investigación cuantitativa- descriptiva, donde el enfoque es dar a conocer la importancia de la intervención precoz en estos niños a través de la terapia miofuncional. Es por ello, que el objetivo fue diseñar una guía de ejercicios complementarios dirigida a padres. La muestra seleccionada se escogió a través de una encuesta, herramientas de evaluación de las funciones y el método de evaluación clínica volumen- viscosidad (MECV-V). Cabe recalcar que las edades se seleccionaron en base a la realización de la palatoglosia. Los resultados obtenidos fueron midieron en base a la diferencia de los resultados arrojados por el pre-test y post-test, en los cuales se observaron pequeños logros en los niños tras la aplicación de propuesta.

Palabras claves: paladar fisurado, masticación, deglución, orofaciales, miofuncional.

**DEGREE AND THEIR CONSEQUENCES IN THE FEEDING OF
CHILDREN WHO PRESENT LIPS AND / OR FISURED PALADAR**

**Authors: Katherine Estacio P.
Karla Velásquez B.
Tutor: Lic. José Benalcazar Game, Msc**

Abstract

Is there a correlation between feeding and swallowing in the acquisition of the masticatory process? In order to answer this question, a documentary bibliographic analysis was performed, with the result that among the oromotor dysfunctions produced by the cleft lip and palate, there are alterations in: suction, chewing and oral swallowing. The first surgical intervention of these children occurs at three years with the closure of the lip (queiloglosia) and at eighteen months with the closing of the palate (palatoglosia), taking into account the field of action of the language therapist, which covers the system anatomophysiology of the human being was decided to carry out a quantitative-descriptive investigation, where the focus is to make known the importance of the early intervention in these children through myofunctional therapy. That is why the goal was to design a supplementary exercise guide for parents. The selected sample was chosen through a survey, tools of evaluation of the functions and the method of clinical evaluation volume-viscosity (MECV-V). It should be noted that the ages were selected based on the performance of palatoglosia. The results obtained were measured based on the difference of the results of the pre-test and post-test, in which small gains were observed in the children after the application of the proposal.

Key words: cleft palate, chewing, swallowing, orofacial, myofunctional.

INTRODUCCIÓN

El labio y/ o paladar fisurado es una malformación congénita que se presenta en uno de cada 700 recién nacidos, esta patología se produce alrededor de la cuarta semana de vida intrauterina cuando ocurre la formación de los bloques que constituirán la cara, boca, lengua, nariz y paladar duro y blando. El periodo en el que se produce la falla en la fusión de dichos bloques determinará el tipo de fisura labiopalatina, de esta manera, la fisura labial se manifiesta en la sexta semana de gestación y la fisura palatina en la octava (Ferreire, 2012, p.86).

En los bebés que presentan fisura labiopalatina se observa una alteración de las funciones estomatognáticas innatas; respiración, succión y deglución, debido a la no existencia de un aislamiento entre la cavidad oral y nasal, esto acarreará dificultad en la alimentación y respiración nasal del lactante, produciendo regurgitaciones y bronco-aspiraciones lo que puede complicar el estado de salud del bebé, es por ello, que en esta primera etapa, también llamada pre-quirúrgica, la intervención del terapeuta del lenguaje consiste en orientar a los padres sobre la alimentación y estimulación oral para prevenir alteraciones musculares orofaciales en un futuro.

En una segunda etapa o conocida también como postquirúrgica, la atención del terapeuta se enfoca en la maduración de la musculatura orofacial y la adecuada adquisición de las funciones estomatognáticas aprendidas: masticación y habla. Para ello, se tomará en cuenta las condiciones de la alimentación y hábitos orales, de tal manera, la intervención se basa en: los cambios oportunos en la consistencia de los alimentos, terapia miofuncional y postura; pues esto favorece el desarrollo y crecimiento de la musculatura orofacial, dando como resultado una coordinación fonatoria y una adecuada articulación que ayude al

fortalecimiento de los órganos bucofonatorios que intervienen en el habla y lenguaje.

(Toledo & Dalva, 2012, p.89)

Este proyecto consta de cuatro capítulos: en el Capítulo I, se abarcó el planteamiento del problema, donde se analizó y justificó la relevancia, factibilidad y alcance de la investigación, es donde se delimitó el alcance de la investigación.

A través del Capítulo II, se obtuvo la fundamentación teórica y legal que apoyó nuestro procedimiento, de la misma manera contribuyó a definir el enfoque de nuestra investigación, lo que permitió diferenciarlo de estudios similares. Se habló sobre el labio y/o paladar fisurado, sistema estomatognático, la terapia miofuncional y el método de evaluación clínica volumen- viscosidad. Mediante el Capítulo III damos a conocer los métodos y materiales, dentro de los métodos se utilizó: técnicas y estrategias de recolección de datos como la documentación, observación científica, entrevista y encuestas; en los materiales se expuso los instrumentos y recursos humanos que se usaron en la investigación, y que hacen que sean posible la replicación.

La evidencia que sustenta nuestra investigación se expone en el Capítulo IV, el cual abarca el desarrollo de la propuesta de investigación como es la guía de ejercicios complementarios a la terapia miofuncional dirigida a padres de niños con labio y /o paladar fisurado, dando a conocer los resultados mediante un análisis de los avances que se obtuvo en el trabajo realizado con los padres.

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema

El labio y/o paladar fisurado son dos de las malformaciones congénitas más comunes a nivel mundial y pueden suscitarse juntas o separadas. Se piensa que aproximadamente uno de cada 700 recién nacidos presentan alteraciones craneofaciales (Organización Mundial de la Salud, 2012). A nivel nacional, el 25% de niños nacidos con fisura del paladar y labio leporino, equivale el 14,74% al sexo masculino y el 10,26% corresponde al sexo femenino Ecuador (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, 2015).

El tratamiento de estos pacientes está a cargo del equipo multi y tras-disciplinario compuesto por el pediatra, cirujano plástico o cirujano maxilofacial, otorrinolaringólogo, ortodoncista, nutricionista, psicólogo, terapeuta del lenguaje entre otros profesionales (García Vaquero, Graterol, & García, 2012, p,140), en la actualidad la prioridad a nivel hospitalario es la intervención quirúrgica especializada en la corrección los defectos anatómico y fisiológico asociados a esta alteración, con las miras en mejorar la calidad de vida del niño y su entorno. Cabe recalcar, que como consecuencia del labio y/o paladar fisurado se producen alteraciones en el desarrollo facial, dental, del habla, lenguaje y audición provocando un desajuste psicosocial.

Ferreire, Z,(2012) expone en su obra colaborativa Fundamentos de Fonoaudiología “Las fisuras palatinas alteran la succión por falta de presión intraoral. Aun después de cerradas quirúrgicamente, muchas veces el bebé continúa con movimientos compensatorios” (p. 89). Dentro de las complicaciones que se derivan del labio y /o paladar fisurado, se encuentran las alteraciones en la deglución y alimentación, por tal motivo se observó la importancia de la intervención temprana del terapeuta del lenguaje en dichos pacientes. Considerando que uno de los campos de acción del Terapeuta del Lenguaje es el aspecto

anatómico funcional del ser humano en el proceso del habla, se llevó a cabo este estudio investigativo enfocado en el desarrollo de las habilidades motoras orofaciales, que brindó a los padres de familia las herramientas necesarias en el abordaje de las dificultades correspondientes a la deglución, habla y lenguaje, que conlleva esta alteración.

Este trabajo se desarrolló en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, en el Hospital del Niño “Francisco de Icaza Bustamante” ubicado en el sur de la ciudad en la avenida Quito y Gómez Rendón, lugar escogido por la ausencia de la intervención del terapeuta del lenguaje en las alteraciones de la deglución y la alimentación que presentan los niños con labio y/o paladar fisurado. En el cual se ubicó a un total de 15 pacientes que acudían al área de odontología.

Como se ha mencionado anteriormente no existía un conocimiento total del rol del terapeuta del lenguaje, motivo por el cual se propuso la elaboración de una guía logopédica de ejercicios complementarios motores oro- faciales para padres de niños que presentan labio y/o paladar fisurado y alteraciones en la deglución y la alimentación, con la finalidad de evitar un debilitamiento muscular por el desuso de este complejo funcional oral, que conlleve a un desarrollo tardío del habla y lenguaje, por ende el impacto de este trabajo es de largo plazo.

Formulación del Problema

¿El debilitamiento de los músculos orofaciales que se produce en los niños con labio y/o paladar fisurado afecta a la deglución y alimentación?

Justificación del Problema

Según Tanigute, C, (2012) en su obra colaborativa Fundamentos de Fonoaudiología “el sistema estomatognático ha sido el centro de nuestros estudios referidos al desarrollo y la profilaxis de las estructuras bucales” (p.1). El conjunto motor orofacial es un complejo

anatómico funcional cuya importancia radica en la confluencia de las funciones estomatognáticas; la respiración, masticación, succión y habla.

Estas funciones pueden verse afectadas ante la presencia de una malformación congénita que provoque un desequilibrio de esta estructura. A su vez, alteraciones en la deglución y las habilidades alimenticias desencadenan un debilitamiento de la musculatura oro facial y faríngea; dando como resultado un círculo vicioso, que a largo plazo ocasionará un lenguaje oral y expresivo tardío.

En relación con esto se decidió abordar la problemática que existe entre la deglución y la alimentación en niños que presentan labio y / o paladar fisurado, dentro de esto se incluye la falta de prioridad que se brinda a la estimulación de la musculatura orofacial y el desarrollo progresivo de las habilidades alimenticias. Del mismo modo, la falta de estimulación de la sensibilidad y retroinformación sensorial, que implica la propiocepción: tacto, sabor, temperatura y presión; da como resultado la hipersensibilidad bucal que se ocasiona en el niño que presenta esta condición.

Considerando los aspectos anteriormente mencionados se ve la relevancia de este tema en la implementación de la intervención temprana de la funcionalidad fisioanatómica del habla, en los casos que presentan esta condición. Cabe recalcar que la información que reciben los padres sobre el proceso que deben llevar a cabo, desde el nacimiento hasta la adolescencia, cuenta con la participación del equipo multi y transdisciplinarios: pediatra, cirujano plástico, otorrinolaringólogo, ortodoncista, nutricionista, psicólogo, terapeuta del lenguaje, entre otros; sin embargo, se encuentra falencias a la hora de abordar de forma adecuada la intervención temprana en el área del lenguaje.

Según Toledo & Dalva (2012) en su obra colaborativa Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial lo siguiente “los logopedas en el periodo posquirúrgico de labios (queiloplastia) se realizan masajes para mejorar la cicatrización y estimular la musculatura,

que ahora se encuentra unida” (p.89). Es por ello, que la importancia de este trabajo va direccionado a proporcionar la información que necesitan los padres para ayudar a sus hijos en el proceso terapéutico, donde el terapeuta del lenguaje va a intervenir en el desarrollo adecuado de la musculatura orofacial que influyen en las funciones estomatognáticas.

Delimitación del problema

El presente trabajo de titulación se llevó a cabo a lo largo de cuatro meses, tiempo en el cual se efectuaron evaluaciones y la aplicación de instrumentos que fueron usados para la recolección de datos de los pacientes que presentan fisura labio palatina con palatoglosia realizada.

Tabla.1 Delimitación del problema

CAMPO	Ecosistemas de la Salud
ÁREA	Salud
CARRERA	Terapia del Lenguaje
ASPECTOS	Prevención e intervención

**Fuente: Hospital Francisco de Icaza Bustamante
Elaborado: Katherine Estacio P y Karla Velásquez**

Hipótesis

¿La aplicación de ejercicios complementarios a la terapia miofuncional mejorará la función de la habilidad motora orofacial que interviene en la deglución y la masticación?

Toledo & Dalva, (2012) menciona acerca del perjuicio que sufren los músculos por una inadecuada adquisición del proceso de la masticación “La disminución de la actividad masticatoria influye negativamente en el desarrollo de las funciones orales, de las arcadas

dentarias y del tono de la musculatura facial” (p.87). Los niños con labio y/o paladar fisurado presentan alteraciones en las estructuras fisioanatómicas provocando un desequilibrio en la musculatura orofacial, que conlleva un aprendizaje tardío de las habilidades alimenticias, debido a que estos pacientes son alimentados durante mucho tiempo con dieta blanda lo que produce una disminución de la actividad masticatoria, afectando directamente el desarrollo de las funciones orales.

Lo que se pretende hacer es que, a través de ejercicios linguales, labiales, mandibulares entre otros, ayudar a la reeducación de la función oral que involucra la masticación, es necesario aclarar que no se enseñará al padre terapia miofuncional, pues esta corre por responsabilidad del terapeuta del lenguaje, el cual es el profesional certificado que puede abordar este trabajo directo con la reeducación orgánica de los músculos que intervienen en las funciones estomatognáticas.

Sistematización del problema

¿El debilitamiento de los músculos orofaciales que se produce en los niños con labio y/o paladar fisurado afecta a la deglución y alimentación de estos niños?

¿Qué diseño de investigación nos llevará a utilizar los instrumentos estandarizados y no estandarizados apropiados, para recolectar los datos necesarios que nos acerquen al resultado estimado en los objetivos?

¿De qué manera una guía de ejercicios complementarios a la terapia miofuncional dirigida a padres de familia podrá ayudar a mejorar las funciones estomatognáticas de niños que presentan labio y/o paladar fisurado?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación de la deglución y alimentación de los niños que presentan labio y/o paladar fisurado mediante un estudio bibliográfico y de campo, desarrollando una guía de ejercicios complementarios motores oro- faciales.

Objetivos Específicos

1. Identificar si los procesos de rehabilitación post operatorios se realizan.
2. Evaluar al paciente con el método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V).
3. Elaborar la guía de ejercicios complementarios a la terapia miofuncional dirigida a padres de niños que presentan labio y/o paladar fisurado y alteraciones en la deglución y la alimentación, ilustrando a los padres para la aplicación de la misma.

Cuadro de operacionalización

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	ITEMS
<p>Variable dependiente</p> <p>La deglución y su relación en la alimentación</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Niños con Labio y/o paladar fisurado</p>	<p>Los bebés que nacen con labio y/o paladar fisurado presentan los reflejos de succión y búsqueda, sin embargo, por la fisura tienen dificultad al succionar y sufren de regurgitación nasal y aspiraciones, por lo que deben usar tetinas y posiciones adecuadas para alimentar al bebé. Tras las operaciones el cuidado en la alimentación está basada en dieta blanda. Todo este procedimiento produce un debilitamiento de la musculatura orofacial (Fundación del paladar hendido, 2009, p.4)</p> <p>(Fundación del paladar hendido, 2009, p.3) recalca la importancia de la lactancia “Al lactar el bebé utiliza los músculos orofaciales lo que estimula el desarrollo y fortalecimiento de los mismos. Este desarrollo ayudará a adquirir las habilidades motoras como; masticar, absorber, soplar y producir sonido y palabras”</p>	<p>Sistema Estomatognático(SE)</p>	<p>Definición</p> <p>Estructuras estáticas del SE</p> <p>Estructuras dinámicas del SE</p> <p>Funciones estomatognáticas</p>
		<p>Labio y/o paladar fisurado</p>	<p>Definición</p> <p>Descripción general de las deformidades labiopalatinas</p> <p>Características anatomo-fisiológicas</p> <p>Clasificación</p> <p>Tratamiento</p>
		<p>Terapia miofuncional</p>	<p>Definición</p> <p>Beneficios y aplicaciones.</p> <p>Examen Miofuncional</p> <p>Aspectos morfológicos y de postura</p>
		<p>Método de Evaluación Clínica Volumen-Viscosidad</p>	<p>Definición</p> <p>Descripción de la aplicación.</p>

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

En Cuba en la ciudad de la Habana Díaz, (2007) realizó una investigación para obtener el título de master en atención integral al niño en el instituto superior de ciencias médicas de la Habana “Cmdt. Manuel Fajardo” con el tema: *Repercusión de alteraciones del proceso de la deglución en la comunicación en el Hospital Pediátrico Universitario “Pedro Borrás Astorga”* en el cual tenía como objetivo identificar las alteraciones del proceso de la deglución y logofonías más frecuentes y relacionarlas a los diagnósticos del proceso de la deglución y logofonías (p.18)

A nivel nacional, en la ciudad de Guayaquil encontramos una tesis para la obtención del título de licenciatura en Terapia del lenguaje de la Universidad de Guayaquil con el tema *Terapia Miofuncional en pacientes de 10 a 13 años que presentan disglosia para corregir la deglución atípica* la cual se desarrolló en la fundación Cree, esta investigación tenía como finalidad ayudar a la reeducación de la voz de pacientes con hipotonía del velo del paladar.

Asimismo, se encontró una tesis para obtener el grado de médico en la Universidad de Guayaquil con el tema *Prevalencia de fisura labiopalatina y factores de riesgo, Hospital Francisco Icaza Bustamante, 2014* que tenía como fin establecer la prevalencia de fisura labiopalatina y sus factores de riesgo asociados. (Cuadrado, 2014, p.10)

Fundamentación teórica

Definición del sistema Estomatognático

Para la intervención del terapeuta del lenguaje en motricidad orofacial, el profesional necesita conocer los aspectos anatomofisiológicos involucrados en las funciones sensitivas y

motoras del sistema estomatognático. Este sistema se define como un conjunto de estructuras orales que desarrolla funciones comunes controladas por el sistema nervioso central (SNC) , teniendo la participación constante de la mandíbula, que en griego se denomina *gnatos*, (Douglas, C, 2006, p.270) subrayó que como el cuerpo humano funciona de forma integrada, este sistema está interrelacionado con otros sistemas como el músculo-esquelético, el nervioso, el circulatorio, el endocrino, el digestivo, el respiratorio entre otros.

El S.E abarca estructuras orales estáticas y dinámicas, es decir, las partes duras (arcos dentales, mandíbula, maxilar, hueso hioides y huesos del cráneo) y activas (músculos, ligamentos, nervios y componentes vasculares) que desempeñan las funciones neurovegetativas (FNV - succión, masticación, deglución, respiración), fonación y expresión facial. Estas estructuras están interconectadas, de modo que, si hay un desorden en alguna de ellas, todas presentarán una desorganización o desequilibrio (Bianchini E , 2013, p.59)

Aunque las funciones del S.E maduran y cambian con el mismo el desarrollo del individuo, varias funciones vitales ya deben estar listas para nacimiento, tales como succión, deglución, respiración.

Para que haya un crecimiento y un desarrollo cráneo-facial adecuado, hay necesidad tanto de estímulos intrínsecos como de estímulos externos ofrecidos a través de la respiración, succión (lactancia), deglución y masticación. Los estímulos proporcionados por los músculos se consideran los más grandes responsables del crecimiento, pues realizan tracción sobre los huesos, promoviendo crecimiento o desgaste, dependiendo del lugar en que ocurre la tracción.

El profesional debe conocer las bases teóricas a fin de que éstos subsidien su práctica, resaltando la importancia del trabajo, el conocimiento del desarrollo craneofacial, de las estructuras estáticas y dinámicas que lo comprenden. Estos elementos al interactuar entre sí de

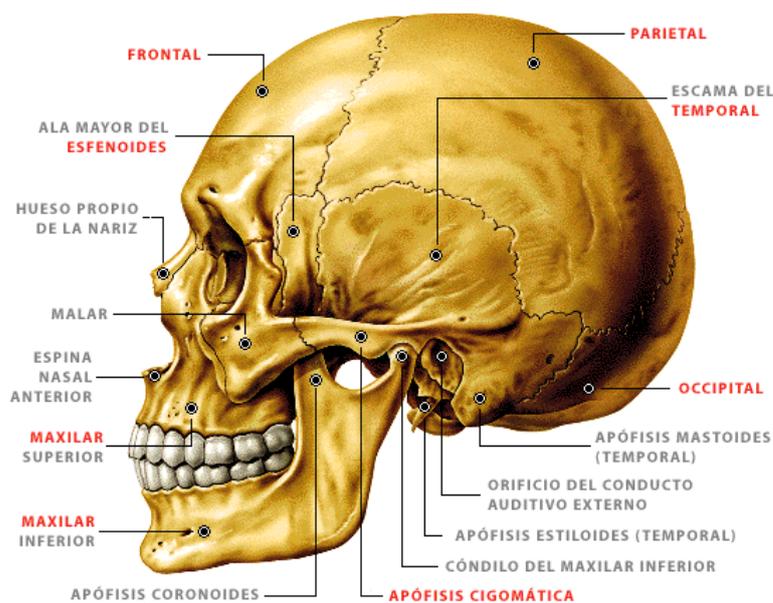
forma equilibrada, alcanzan la homeostasis y la suficiencia estomatognática y cuando entran en desequilibrio, producen insuficiencia. De esta forma, se presentarán a continuación las estructuras estáticas y dinámicas constituyentes.

Estructuras estáticas del sistema estomatognático

Los elementos constitutivos de las estructuras estáticas o pasivas de dicho sistema Sirven de apoyo para las estructuras dinámicas o activas, entre las que destacan

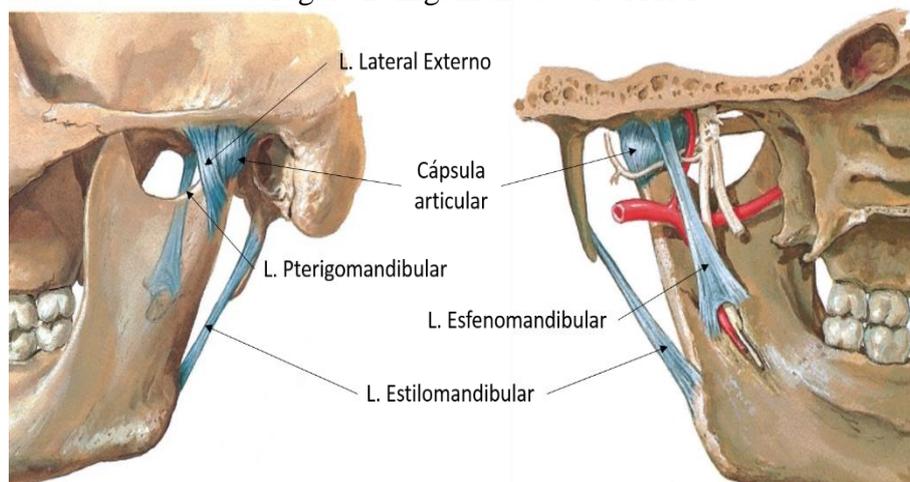
- El esqueleto óseo: huesos temporales, esfenoides, mandíbula, hélixe, hioides, Los huesos craneales, la columna cervical, la base del cráneo y las articulaciones (Temporomandibular y de la columna vertebral).
- Los dientes (superficie oclusal).
- El periodonto (localizado entre la raíz del diente y la cortical alveolar).

Figura 1. Estructura ósea del S.E



Fuente: <http://lalupa3.webcindario.com/biologia/sistema%20oseo>.

Figura 2. Ligamentos de la ATM



Fuente: <http://lalupa3.webcindario.com/biologia/sistema%20oseo>

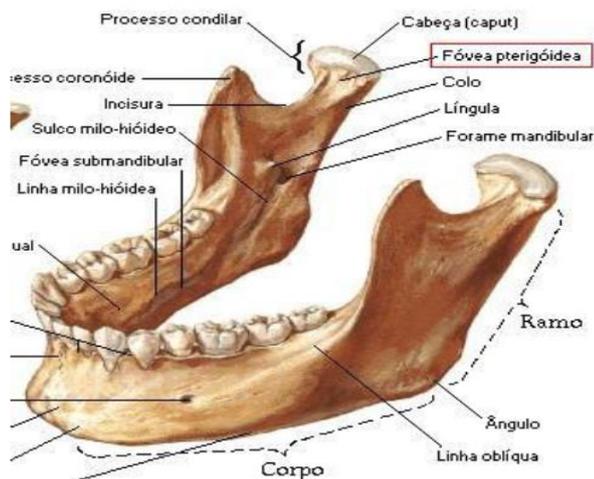
Los huesos temporales forman los laterales del cráneo, abrigan, en su porción petrosa, el sistema auditivo-vestibular y también sirven de apoyo a la articulación temporomandibular. En su superficie externa presenta tres protuberancias importantes para la inserción de los músculos implicados en las funciones:

1. **El proceso mastoideo** (protuberancia localizada detrás del lóbulo de la oreja) que se presenta como punto de unión el músculo esterno-cleidomastoideo y en la incisura mastoide (porción medial), se inserta el músculo digástrico (que contribuye a formación del piso de la boca)
2. **el proceso estilóide** : se oculta en el interior del esqueleto facial y es una delgada formación ósea que presenta, generalmente, 25 mm de longitud en el sujeto adulto. Se queda entre las carótidas interna y externa y posteriormente a la faringe. En este momento se insertan tres músculos implicados en la deglución: estiloglosso (inervado por nervio hipoglosso), estilofaríngeo (inervado por el glossofaríngeo) y estilo-hioideo (inervado por el nervio facial) y forma un complejo (complejo estilo-hioideo) el ligamento estilo-hioideo y el menor del hueso hioideo.

3. **el proceso cigomático:** que sirve de apoyo para diversos músculos responsables de la mímica facial. En el hueso cigomático, donde se sostienen los cigomáticos mayor y menor, responsables de elevar el ángulo de la boca y el labio superior, en la masticación (Madeira, 2012, p.30), en su borde superior se atiene la fascia del temporal y en su borde inferior se origina el músculo masetero (partes superficial y profunda). Mandíbula se originan los músculos: nasal, procero, levantador del ángulo de la boca, levantador del labio superior y del ala de la nariz, orbicular de la boca y del ojo, bucinador, pterigoideo medial, digástrico, bucinador y mentoniano.

El hueso esfenoide , situado en posición profunda en el cráneo y con forma similar a un murciélago o mariposa, mantiene conexión con el frontal, el temporal, el occipital, el parietal, el hueso cigomático y la mandíbula. Sirve como punto de conexión para diferentes músculos involucrados en la deglución.

Figura 3. Mandíbula, visión oblicua



Fuente: <http://nastilerzanatomia.blogspot.com/2012/11/hueso-mandibular-o-maxilar-inferior>.

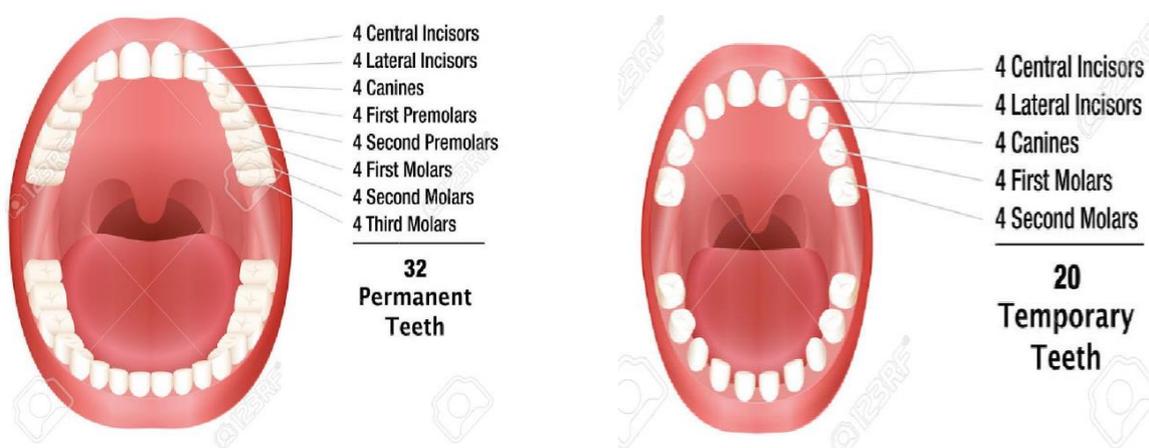
La mandíbula sirven de anclaje para la dentición, la musculatura responsable de la masticación, la mímica facial y forma parte de la articulación temporomandibular. Ésta realiza una serie de movimientos que son producto de la actividad sinérgica de estos músculos y

coordinados por el sistema nervioso central, para realizar la masticación y la deglución (Corbin- Lewis, Liss, & Sciortino, 2012, p. 40) . El maxilar superior divide la cavidad oral de la nasal, esta cavidad es importante para la función respiratoria, para el olfato y para el sistema de resonancia del habla.

La articulación temporomandibular (ATM) es una articulación sinovial que permite movimientos amplios de la mandíbula entorno al hueso temporal, que es fijo. Es bilateral e interconectada cuyo movimientos son simultáneos.

Los dientes constituyen la sustancia más dura del cuerpo humano y el sistema dental humano es difiodonte, es decir, presenta dos denticiones, la decidua (incisivos central y lateral, caninos, primero y segundo molares - total: 20 dientes, comienzo de la erupción a los seis meses de edad y término entre 2 años y medio y 3 años de edad) y la permanente (incisivos central y lateral, caninos, primero y segundo pre-molares - dientes sucesores - y primero, segundo y tercer molares, dientes adicionales- total: 32 dientes , Con inicio de la erupción a los 6 años y término entre 20 y 27 años.

Figura 4. Dentición en niño y adulto



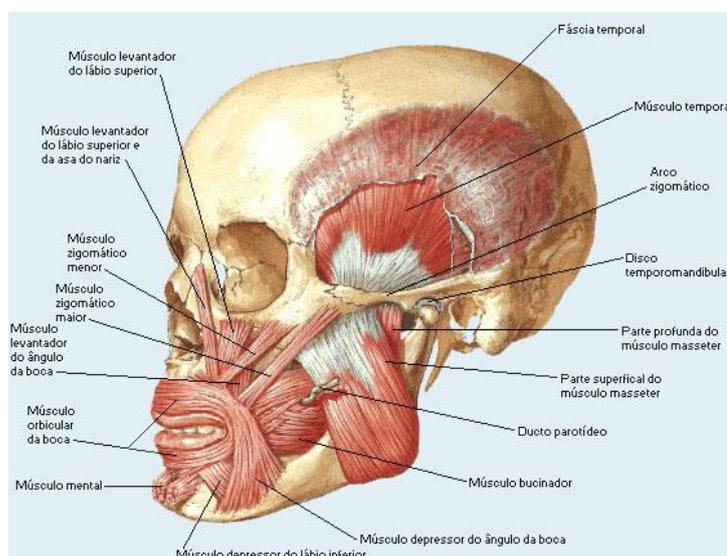
Fuente: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/b/baby-teeth>

Estructuras dinámicas del sistema estomatognático

Según Toledo,(2012) sostiene“ La estructura dinámica está compuesta por la unidad neuromuscular que mueve las partes no estáticas, como la mandíbula y el hueso hiodeo” (p.3) el equilibrio da lugar al funcionamiento adecuado de las funciones que cumple el S.E, comprende los siguientes músculos:

- 1) Faciales (bucinador, orbicular de la boca, cigomáticos, retractor y levantador del ángulo de la boca y mentoniano)
- 2) Músculos de la masticación (temporal, masetero, pterigoideo medial y lateral)
- 3) Músculos de la deglución (incluyendo los músculos del paladar - los linguales -, los supra-hioideos e infra-hioideo)
- 4) Faríngeos (constructores de la faringe) y palatinos (úvula, palatogloso, ascensor y tensor del paladar blando).
- 5) Cervicales, con la porción superior del trapecio, esternocleidomastoideo, esplenios y escalenos.

Figura 5. Músculos de la estructura dinámica del S.E



Fuente: <https://bruxistas.wordpress.com/tag/sistema-estomatognatico/>

Los músculos de la expresión

Se localizan justo debajo de la piel y se denominan así , porque al contraerse forman una depresión / línea perpendicular en la fibra de los músculos que, con el paso del tiempo, forman pliegues y arrugas, esta se utiliza para, expresar nuestras emociones que ajustadas a nuestros rasgos de personalidad, permiten definir nuestra fisonomía así, cuando estamos sorprendidos, contraemos el músculo occipito-frontal y en su porción antagonista, tenemos los músculos orbicular del ojo, el corrugador del supercilio y el procer. Los mas importantes se detallan a continuación:

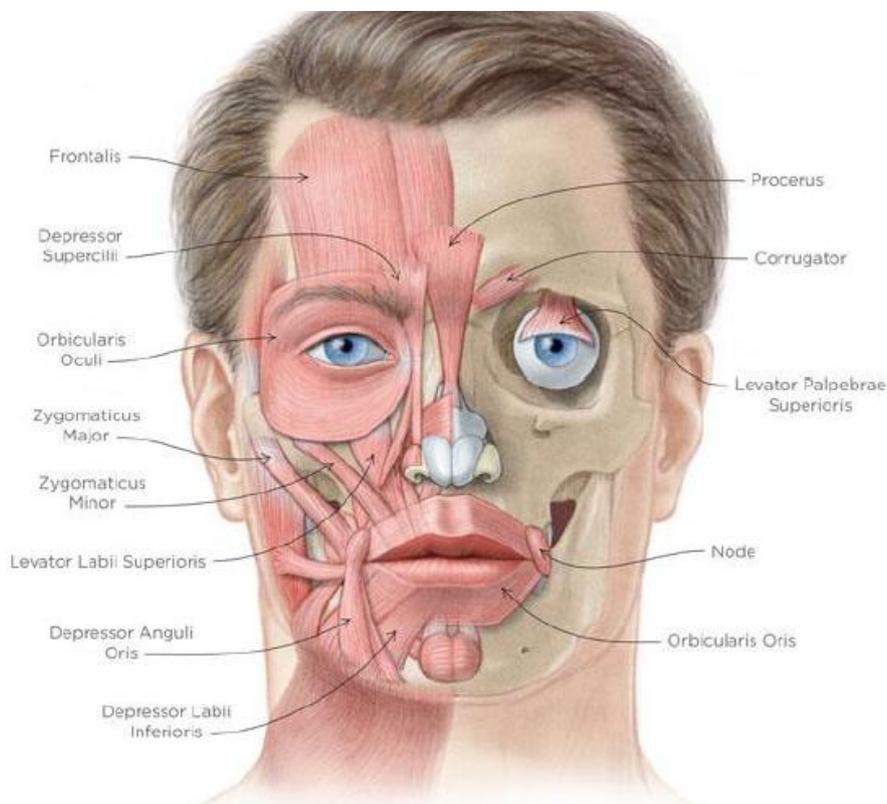
✚ **El músculo orbicular de la boca:** presenta algunos haces con inserción naso-espinal, nasal anterior y en las foveas incisivas (de la mandíbula), extendiendo la nariz al labio inferior, en el surco labio-mentoniano . sus funciones son para silbar, mantener labios cerrados, producir fonemas bilabiales explosivos, esconder el labio entre los dientes, y protruir el labio entre otras.

✚ **El músculo bucinador:** se origina en la región molar de los procesos alveolares de la mandíbula y se inserta en el ángulo de la boca, fusionándose con sus fibras. Muchas de sus fibras superiores se extienden al labio inferior y superior. Es un retrator del ángulo de la boca y sus funciones principales son: mantener la mejilla distendida durante las fases de apertura de la boca, evitando que en estas maniobras la mejilla sea herida por los dientes al mantener los alimentos en la superficie oclusal durante la masticación. También se utiliza en el soplo y en la succión.

✚ **El músculo risoro de santorini :** surge de la fáscea masetérica o de las fibras anteriores del cutáneo (platisma). Cuando se encuentra agarrado a la piel, al sonreír, la forma los denominados "hoyuelos" en virtud de esta variación del músculo rítmico. Por insertarse en el borde de la boca, al contraerse, retrae lateralmente el labio.

- ✚ **El músculo mentoniano:** se origina en la fosa incisiva de la mandíbula, insertándose en la cutis mental. Presenta función de elevar la piel de la región, protruir el labio inferior y realizar su eversión.
- ✚ **El músculo cutáneo(plastima):** se encarga de la mandíbula, debajo del músculo descendente del ángulo de la boca y puede presentar algunas fibras en la mejilla, yendo hasta las regiones anterior y lateral del cuello, cruzando la clavícula y terminando en la región pectoral. Tensiona la piel del cuello.

Figura 6. Músculos de la expresión



Fuente: <http://morfofisiologia1katherinealvarez.blogspot.com/p/anatomia.html>

Músculos de la masticación

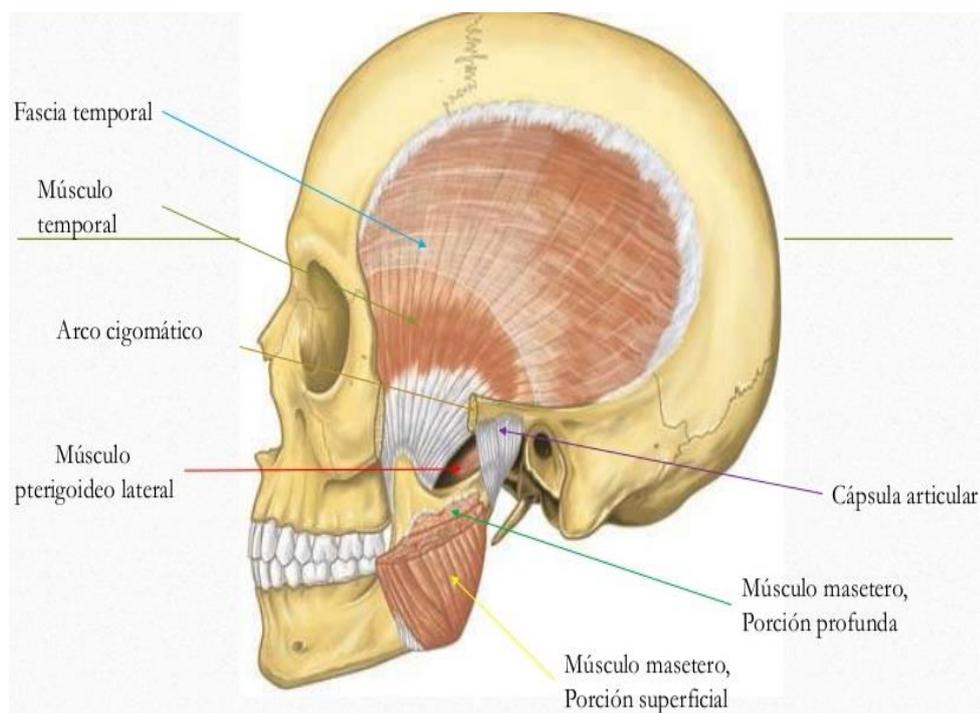
Son un conjunto de músculos inervados por el nervio trigemino, son elementos activos en el sistema estomatognático, ya que colaboran en la movilización de la mandíbula inferior, se clasifican en elevadores y depresores, los músculos elevadores su principal función es elevar la mandíbula, por otro lado, los depresores tienen como función descender la mandíbula.

- **masetero:** músculo grueso y cuadrilátero, tiene la función de elevar la mandíbula y de moverla ligeramente hacia adelante, permitiendo la oclusión dental y la porción profunda, además de auxiliar en la elevación mandibular, auxilia en el mantenimiento de la oclusión forzada por más tiempo.
- **El músculo temporal:** tiene forma de abanico, cuya función es elevar la mandíbula y mantener la postura de la misma en reposo.
- **El músculo pterigoideo lateral:** En el movimiento de protrusión mandibular al contraerse simultáneamente y, con la contracción combinada con los músculos suprahioides, favorece el movimiento de rotación de la mandíbula, este importante movimiento para su apertura. Cuando su acción es unilateral, con el movimiento agonista de contracción de un lado y el antagonista de la relajación del otro, mueve la mandíbula lateralmente.
- **El músculo genio-hioideo:** Tiene la acción de elevar el hueso hioideo hacia arriba hacia adelante, reduciendo y elevando el piso de la boca. cuando está fijado, ayuda al digástrico a trazar la mandíbula hacia abajo y hacia atrás su función es elevar el hueso hioideo, acortar el piso de la boca y extender la faringe.
- **El músculo milo-hioideo :** forma el piso de la cavidad oral a cada lado y se une por una rama milohioidea (cordón tendinoso que va de la mandíbula al hueso hioideo), tiene como función elevar el piso de la boca y con él, la lengua y el hueso

hioide durante la deglución y el habla. Cuando está fijado, auxilia el digástrico en la retrusión y bajar la mandíbula.

- **El músculo digástrico:** su función es llevar la mandíbula hacia atrás, favoreciendo su bajada (con sinergismo del pterigoideo), también ayuda a elevar el hioide y lo fija durante la deglución y el habla. (Toledo & Dalva, 2012, p. 5)

Figura 7. Músculos de la masticación



Fuente: <https://anatomiyfisiologiaparatodos.wordpress.com/>

Músculos de la lengua

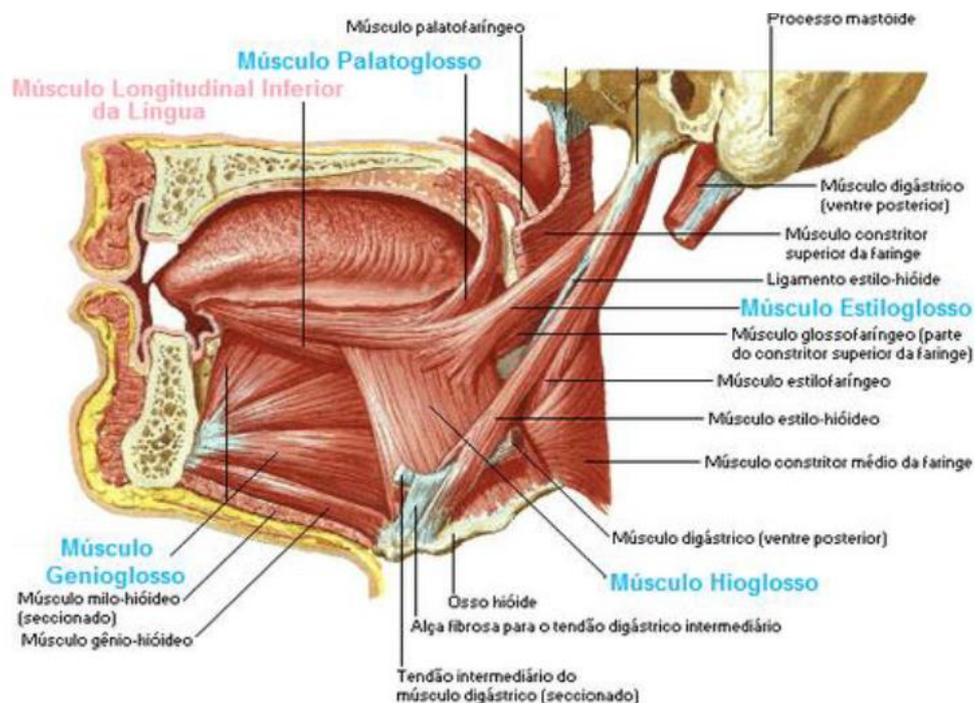
Toledo,(2012), en su obra Logopedia Y Ortopedia Maxilar en Rehabilitación Orofacial, expone :

Los músculos de la lengua pueden ser divididos en dos grupos: intrínsecos y extrínsecos. Los intrínsecos están contenidos en la propia lengua y tienen su origen y punto de inserción en la misma; son músculos más pequeños. Los músculos extrínsecos tiene su origen fuera de la lengua y se insertan en ella (p,5).

- **El músculo palatogloso:** tiene su origen en el pilar anterior del velo del paladar. Este músculo forma un arco y actúa como un esfínter separando la cavidad oral de la faríngea, en la deglución y el habla. Es innervado por el nervio vago, tiene la función de elevar la lengua y, cuando está fija, puede disminuir el paladar blando, así como ayudar a estrechar el istmo de las fauces.
- **El músculo estilogloso.** Tiene su origen en la apofisis estiloides, es un músculo retractor y ascensor de los laterales de la lengua. (p.5).
- **El músculo hipogloso** queda parcialmente cubierto por el músculo milohioideo y alcanza la lengua por debajo y por el lado. Se origina en hueso hioide. Es el depresor de la lengua (bajando y retrayendo, principalmente si está fuera de la boca y es innervado por el nervio hipogloso.
- **Los músculos longitudinales** superior e inferior de la lengua: que son intrínsecos de la lengua, presentan disposición de fibras en el sentido antero-posterior de la lengua. El superior, al ser contraído, curva el ápice y los laterales hacia arriba, formando un dorso cóncavo. El inferior, al ser contraído, conduce apunta de la lengua hacia abajo, haciendo su dorso convexo.
- **El músculo transverso de la lengua:** tiene dirección transversal en la lengua y al secular propicia estrechamiento de la lengua, espesamiento y estiramiento.

- **El músculo vertical de la lengua:** debido a la dirección de sus fibras, favorece el alongamiento y la extensión de la lengua. Su función de aplanamiento de la lengua.
- **Faringogloso:** se origina en el constrictor superior de la faringe y se inserta en los bordes de la lengua y dentro de la misma. Dirige la lengua hacia tras y arriba (p.5).
- **Geniogloso:** tiene su origen en la parte anterior de la mandíbula y desde allí se extiende en forma de abanico hasta la cara inferior de la lengua y el hueso hioides, es el más voluminoso y constituye la masa de la porción posterior de la lengua. Su función es depresora de la lengua hacia delante y la retrae (p.6)
- **Amigdalogloso:** tiene su origen en la aponeurosis faríngea y se inserta en la base de la lengua. Su función es de elevar la base de la lengua y la apila contra el velo del paladar.

Figura 8. Músculos de la lengua y del velo del paladar



Fuente: <https://www.pinterest.com.mx/explore/m%C3%BAsculos-de-la-lengua/>

Músculos del velo del paladar

En su libro Logopedia Y Ortopedia Maxilar en Rehabilitación Orofacial Toledo, (2012), expone:

En el borde posterior del velo del paladar, que es libre, se encuentra la úvula, cuya longitud es 10- 15 mm. Existen cuatro pilares del velos del paladar, dos de cada lado. Los pilares se desprenden de la cara anterior del velo y los posteriores del lado de la base de la úvula. Entre los dos pilares se hallan las amígdalas palatinas (p.6).

- **Los músculos del paladar:** son el tensor y elevador del velo palatino, el palatogloso (ya descrito anteriormente), el palatofarínge y el músculo de la úvula. En los 2/3 anteriores del paladar blando hay una lámina fibrosa que se extiende en la porción libre del paladar duro denominada por aponeurosis palatina, considerada como una expansión del músculo tensor del velo palatino (este músculo es inervado por la rama motor del nervio trigémino) . Los demás músculos del paladar están insertados en esa aponeurosis y son inervados por el nervio vago (X nervio que tiene función de sensibilidad general, paladar y actividad motora para los músculos citados)
- **El músculo tensor del velo palatino:** se origina en la fosa escafoide, Al lado pterigoideo medial y desciende verticalmente hasta el hámulo del pterigoideo, contorneando y dirigiéndose horizontalmente al paladar. Su función es, según el (Comité de Motricidad Orofacial, 2012), contraer el paladar blando, bajando ligeramente.
- **El músculo levantador del velo palatino:** se extiende desde la base del cráneo (parte petrosa del hueso temporal) directamente al paladar blando. Su función es elevar el paladar blando durante la emisión de sonidos orales durante la deglución y la succión.

- **El músculo de la úvula:** sale de la espina nasal posterior para insertarse en la mucosa de la úvula y, de esta forma, acortarla o ensancharla.

Funciones estomatognáticas

Succión

La succión es la primera función ejercida por el S.E, inicialmente como un reflejo innato controlado por el tronco cefálico, pudiendo ser observado en el feto con 16 semanas. Esta función se vuelve volitiva con la maduración neural. De acuerdo con Valdes, Sanchez, & Labbok, (1996), “el recién nacido tiene su boca adaptada funcional y anatómicamente para ser amamantado. Los labios, mandíbulas, encías, lengua, la grasa de las mejillas, paladar duro, blando y epiglotis forman una estructura anatómica que succiona la leche de los senos “(p.10). En otras palabras el bebé nace para lactar con todo y los reflejos innatos que lo ayudarán a cumplir esa misión.

Diversos autores describen la anatomía facial y el mecanismo de succión del recién nacido relatando que el bebé, al nacer, presenta la mandíbula retraída en relación con la mandíbula y la lengua voluminosa en relación con la cavidad oral, ocupándola toda, permitiéndole presentar respiración nasal.

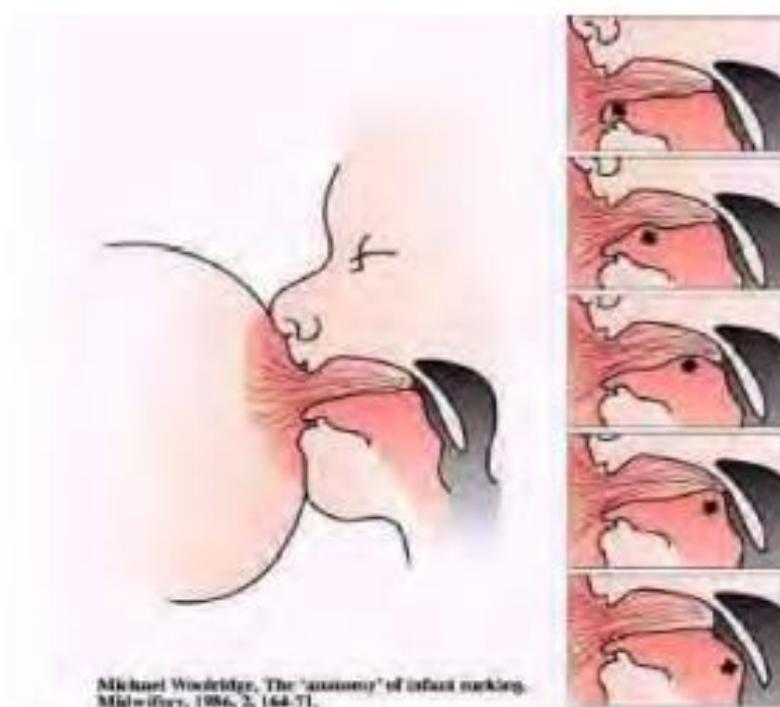
Figura 9. Crecimiento cráneo- facial



Fuente: <http://ortodonciadenismena.blogspot.com/2011/09/diplomado-progess-denis-mena-ortodoncia.html>

Al succionar el bebé, los labios del bebé se aproximan por la acción del músculo orbicular oris, envolviendo el pezón y parte de la areola, por el labio superior y por debajo de la punta de la lengua y el labio inferior. La porción posterior de la lengua adquiere una postura elevada, funcionando como un mecanismo oclusivo lengua-paladar blando, estableciendo una presión negativa intraoral y posibilitando así una manija correcta (Tanigute, 2012, p.3).

Figura 10. Mecanismo de succión no artificial



Fuente:https://www.ecured.cu/Reflejo_de_succi%C3%B3n_-_degluci%C3%B3n

En este proceso, el pezón es comprimido y aplanado por la lengua contra la papila palatina, siendo que sus orificios permanecen hacia arriba, realizando un estímulo sensorio-motor en el tercio anterior de la lengua. Esta presión, ahora positiva, está formada también por el descenso, la antero-posteriorización y elevación de la mandíbula (músculos masetero, digástrico, temporal, pterigóideo interno y externo), facilitando la extracción de

la leche y haciendo que la lengua tome posición de concha (por la elevación de los bordes laterales y punta), con el objetivo de controlar la cantidad de leche a ser deglutida.

Por lo que se refiere a las consecuencias de la lactancia materna en el crecimiento de las estructuras y el desarrollo de las funciones del S.E, se constata que el crecimiento facial armónico se deriva de los movimientos realizados por el bebé en succión, momento en que los maxilares son estimulados a crecer de forma adecuada.

Además, la lactancia materna proporciona maduración oral, estimulando la tonicidad muscular y el desarrollo de la articulación temporomandibular (ATM), promoviendo espacio suficiente para la erupción de los dientes y se considera como preparación para la masticación.

De acuerdo con (Vinha, 1999), cerca de 20 músculos orofaciales trabajan activamente para que el bebé succione de forma eficiente y también para que se desarrolle el SE, proporcionando la instalación de su función adecuada, así como la respiración nasal. El trabajo muscular de los pterigoideos medios y laterales, maseteros y temporales hace que estos músculos se preparen para una futura función masticatoria. (p.91).

Respiración

La necesidad de oxígeno en la vida es indiscutible. El aire entra por la nariz, donde es calentado, filtrado y humidificado. Pasa parte posterior de la cavidad nasal, nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea y bronquios, hasta llegar a los pulmones (con contracción de los músculos intercostales externos y diafragma), donde se efectúan efectivamente los cambios gaseosos.

La respiración ejerce, por lo tanto, una función vital; posteriormente, mediante el aprendizaje, participará en la función fonación. El aire entra y sale de los pulmones cuando

hay diferencia de presión. Para que haya un flujo inspiratorio la presión intrapulmonar debe ser menor que la presión del medio ambiente, asimismo, para que haya el flujo espiratorio se observa lo contrario(Douglas, 2007,p.371).

El proceso respiratorio se regula por las fuerzas generadas por la contracción muscular. Durante la inspiración, los músculos respiratorios se contraen aumentando el volumen de la caja torácica y de la cadera, consecuentemente, disminuyendo la presión intrapulmonar.

La contracción de la musculatura inspiratoria (principalmente el diafragma e intercostales externos) puede aumentar el volumen de la caja torácica en el sentido vertical, lateral y antero-posterior (p.375). Hay distensión de los tejidos elásticos de los pulmones y del tórax con el almacenamiento de energía. La expiración normalmente es pasiva con retracción de los tejidos elásticos liberando la energía.

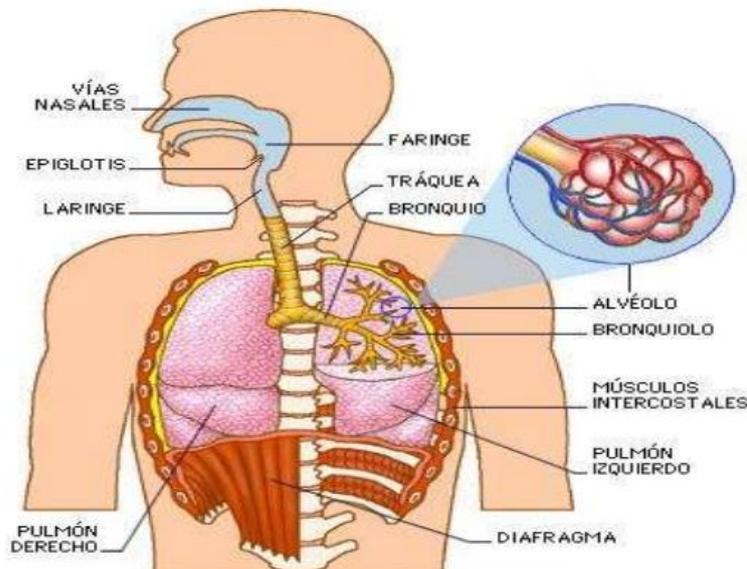
En la expiración forzada los músculos espiratorios (abdominales e intercostales internos) actúan flexionando el tronco, bajando las últimas costillas y disminuyendo el volumen abdominal, acarreado el aumento de la presión intraabdominal.

La función respiratoria normal se realiza por vía nasal; Cuando ocurre obstrucción nasal por factores orgánicos, ésta pasa a adaptarse a la nueva condición, estableciendo un patrón de respiración bucal o mixta. Si la obstrucción no se retira rápidamente o se trata, el individuo puede instalar una respiración bucal viciosa, después de la cual la retirada de la obstrucción, permanece como hábito. Muchos autores describieron la respiración bucal como interferencia de en el desarrollo del cráneo facial, principalmente de los maxilares, (Marchesan, p. 28).

Esta comprobado, la influencia negativa directa que este tipo de respiración causa al individuo, tanto en el ámbito craneal facial, y del organismo como un todo. Por ello es

importante la interrelacionar de los estudios y trabajos de otorrinolaringólogos, fonaudiólogos y odontólogos.

Figura 11. Sistema Respiratorio



Fuente:<http://www.areaciencias.com/biologia/sistema-respiratorio.html>

Deglución

En su obra Desarrollo de las funciones estomatognáticas Tanigute, (2012) expone que: “ La deglucion es una secuencia refleja de contracciones musculares ordenas, que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estomago. Es una acitividad neuromuscular compleja e integrada”(p.3), participan 30 músculos y 6 pares craneales; trigemino V, facial VII, glosofaríngeo I-X, vago X, espinal XI e hipogloso XII.

La deglucion infantil o vical se da en los primeros años de vida y madura con los cambios de consistencias de los alimentos, los cuales son los principales estímulos ofrecidos por el medio ambiente para que se logre el equilibrio de las estructuras estomatognáticas, esta maduración, también esta influenciada por la erupción de los primeros dientes de leche, iniciandose con ellos los verdaderos movimientos de la masticación y la transición de la deglución infantil a la madura.

Sea del alimento sólido, líquido o saliva, que corresponde a una serie de contracciones reflejas y ordenadas con el objetivo de llevar el alimento o la saliva de la cavidad oral hasta el estómago. Se divide en cuatro fases, siendo preparatoria oral y oral estas conscientes y las demás, inconscientes, faríngea y esofágica, son las siguientes:

- Preparatoria oral: cuando preparamos el alimento mordiéndolo para que puede transformarse en un bolo homogéneo que facilite la deglución.
- Oral: una vez preparado el alimento se posiciona sobre la lengua, que se acopla al paladar duro para iniciar un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás, para llevar el bolo al fondo de la boca, cuando el bolo y el dorso de la lengua tocan los pilares del paladar se desencadena el reflejo deglutorio. Éste accionado por el glossofaríngeo. (Marchesan I., 2012, p.58).

Otro aspecto importante a considerar es que el transporte del bolo produce una presión positiva intraoral, facilitada por el tono del músculo bucinador y por la posición elevada de la mandíbula (proporcionada por los músculos masetero, pterigoideos y temporal), (Douglas 2012, p. 355).

En la medida en que el alimento llega la orofaringe se inicia una respuesta faríngea de deglución:

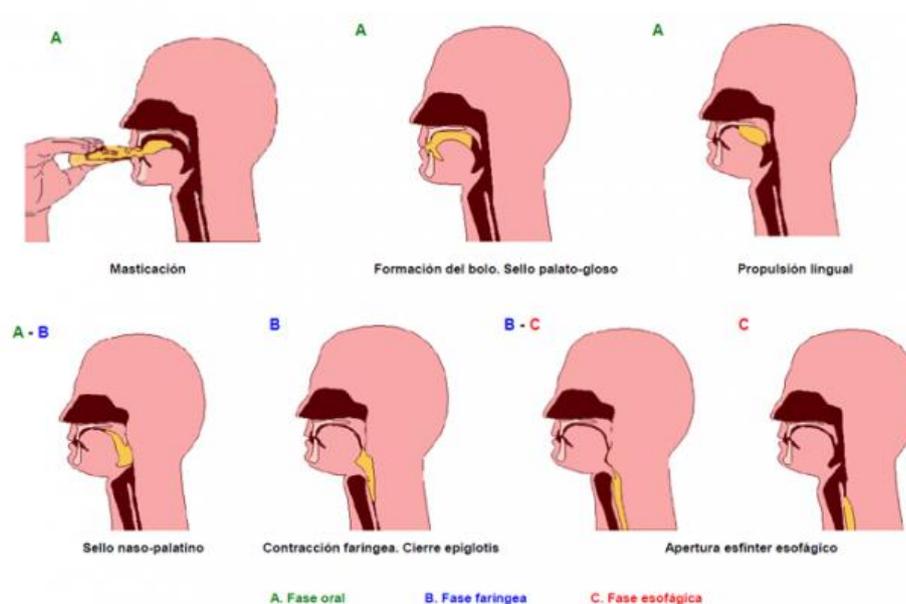
- Faringea: En este momento debe haber sincronismo con la respiración, para que no haya pasaje del alimento para las vías, que es regulado por el sistema nervioso central (estructuras reticulares bulbares localizadas en el tronco encefálico).

En este proceso de protección de las vías aéreas entran en acción; el músculo elevador del paladar, para la colocación del paladar blando evitando el paso retrógrado del flujo hacia las narinas posteriores, los músculos suprahioides y

los intra-laríngeos para el levantamiento y tracción de la vía de la laringe, así como, para la aducción de los pliegues vocales, cierre de la glotis y deslizamiento horizontal de la piel, evitando de esta forma la aspiración del contenido para las vías inferiores y pulmón (Padovan, 2011, p. 42), habiendo una parada inspiratoria (apnea) y una presión para el desplazamiento del alimento.

- Esofágica: el bolo alimenticio (o saliva) se lleva al estómago bajo la acción de los movimientos peristálticos (p.43), a partir de la relajación del esfínter esofágico superior, en el tercio superior del esófago la musculatura es esquelética, su tercio medio presenta una gradación de musculatura esquelética y lisa (permitiendo el movimiento peristáltico supracitado) y en el tercio inferior la musculatura es lisa y es controlada por el nervio vago.

Figura.12 Fases de la deglución



Fuente: <https://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/la->

Masticación

El sistema masticatorio, de acuerdo con (Felicio, 2013, p.170), puede ser como una unidad funcional dentro del contexto de otras entidades que comprenden la cabeza y el cuello y, en realidad, todo el cuerpo. Sus componentes principales incluyen dentición, estructuras periodontales de soporte maxilar y mandibular, articulaciones temporomandibulares, musculatura masticatoria y de labios, mejillas y lengua, tejidos blandos que cubren estas estructuras, así como la inervación y la vascularización que suplen a todos ellos.

Según Bianchini E ,(2012) en su obra Fundamentos de fonoaudiología expone que:

La masticación es la fase inicial del proceso digestivo que se inicia en la boca, y la consideramos como la fase preparatoria de la deglución. En consecuencia, a partir de un proceso de masticación eficiente la deglución se llevará a cabo de manera adecuada y sin presiones compensadoras (p. 42).

Es decir, define la masticación como el conjunto de fenómenos estomatognáticos que tiene como objetivo la degradación mecánica de los alimentos. La masticación presenta una evolución gradual que, para Tanigute, (2012, p.5), depende de patrones de crecimiento, desarrollo y maduración del complejo cráneo-facial, del sistema nervioso central y de las guías oclusales.

cuatro funciones principales de la masticación:

- La primera y más importante es la fragmentación de los alimentos en partículas menores, preparándolas para la deglución y la digestión.
- La segunda función es proveer una acción bacteriana sobre los alimentos colocados en la boca.

- Una tercera función de la masticación es promover fuerza y función indispensables para el desarrollo normal de los huesos maxilares.
- Y la cuarta función está relacionada con el mantenimiento de los arcos dentales, con la estabilidad de la oclusión y el estímulo funcional, principalmente sobre el periodonto, los músculos y la articulación.

Durante la masticación se contrae coordinadamente varios grupos musculares, siendo los masticatorios los más importantes aunque también son fundamentales los músculos de la lengua y los faciales, especialmente bucinador y orbicular de los labios.

Esta función se da gracias a los movimientos de la mandíbula ejecutados por cuatro pares de músculos: masetero, temporal, pterigoideo lateral y pterigoideo medial. Además de estos, el músculo digástrico también tiene una función importante durante el ciclo masticatorio.

Tanigute, (2012, p. 5) describe los primeros movimientos masticatorios como mal coordinados y dirigidos, donde primero se establecen y se fijan los movimientos más simples, para luego ejecutarse los más complejos del S.E, tales como: articulares, linguales, periodontal, periorales y de la mucosa oral. Estos propioceptores realizan una orientación sensorial.

Los propioceptores del aparato estomatognático, presentan un alto grado de función y actividad, tanto en la vida intrauterina como en la extra-uterina. menciona que para determinar los movimientos de la mandíbula, los de rotación e inclinación de la cabeza, de la musculatura y expresión facial, entre otros, una extensa red de receptores, intra y extra-orales, proveen circuitos de que contiene información constante para el tronco cerebral y la corteza a través del V par craneal, el trigémino, que mantiene constantemente informado al sistema nervioso central. Es interesante destacar que los propioceptores de la región

perioral y de la articulación temporomandibular inician su ciclo de maduración antes del nacimiento.

(Felicio, 2013, p. 178), considera la masticación infantil con movimientos mandibulares de bisagra, pasando posteriormente, en torno a los tres años, a de rotación y que la remodelación temporomandibular se da en consecuencia de la masticación, deglución y fonación, siendo más intensa a los seis años y después a los doce años, cuando la masticación evoluciona a un patrón adulto típico.

Así mismo, en su colaboración del libro Fundamentos de fonoaudiología Bianchini, E (2012, p.43), señala que a pesar de que algunos autores relacionan la masticación con el desarrollo de la función de succión, en la lactancia, es probable que la maduración del sistema nervioso permita que se desarrollen nuevas las funciones accionadas por la erupción dental.

A medida que irrumpen más dientes, (Molina , 2012, p. 591) como los caninos y los molares, se establecen nuevas posiciones funcionales, los ciclos de apertura y cierre de la boca se vuelven más integrados y automáticos, haciendo disminuir gradualmente la interferencia cortical, cuando la masticación pasa de una fase aprendida a una fase "reflejada y condicionada".

En este período, los músculos y las ATM son extremadamente adaptativas cita la probabilidad, en esta fase del desarrollo, de que los movimientos mandibulares y las posiciones establecidas dependen más de los propioceptores periodontales y articulares que los dientes.

De los 5 a los 6 meses, como describen Tanigute & Marchesan, (2012), la lengua amasa el alimento contra el paladar, realizando movimientos verticales. A los 7 meses se inician los movimientos de lateralización, cuando la lengua comienza a lateralizar el volumen de alimento. Mientras que, con 1 año a 1 año y medio, la mandíbula comienza con los

movimientos rotatorios y la masticación ya tienen condiciones de ser bilateral con los labios sellados. Se considera en esta época que la masticación tiene patrones de adulto.

A medida que la oclusión y la articulación temporomandibular se desarrollan y maduran, la capacidad de adaptación articular disminuye, apareciendo los primeros signos y síntomas entre dientes y articulación (Molina, 2012, p.593). Un patrón de masticación maduro, sólo puede ser cuando ocurre la maduración de los elementos del complejo cráneo-facial, especialmente los que forman el sistema estomatognático, entre los cuales se destacan nervios, vasos y músculos.

El patrón masticatorio depende también, del desarrollo y crecimiento de estos elementos relacionados; aumento de las dimensiones de la boca, ATM con anatomía más definida, el establecimiento del plano oclusal, la maduración de los músculos de la cara, establecimiento de reflejos coordinados, así como mecanismos de retroalimentación propioceptivos a partir de la región perioral, periodontal y articulación. Durante la evaluación del aparato masticatorio, además de la historia clínica y los exámenes complementarios, (Bianchini, 2012, p.50) el dentista debe evaluar la situación.

Podemos concluir que la masticación es una función vital y de fundamental importancia para el crecimiento y desarrollo armónico del complejo cráneo-facial. pero, para que pueda ocurrir sin interurrencias, es necesario que haya condiciones anatómicas favorables. Molina,(2012) expone “que es sugestivo que los alimentos duros tienen una función importante en el desarrollo de los maxilares, en las dimensiones de los huesos, Tanto en espesor como en anchura y altura” (p. 594) y, por lo tanto, la dieta blanda del hombre de hoy en día puede tener un efecto atrófico sobre los huesos maxilares.

Bianchini E, (2013)hace una reflexión importante sobre la evolución del desarrollo hombre:

Con el transcurrir de los tiempos, donde el hombre primitivo estaba obligado a utilizar su sistema masticatorio frente al tipo de alimento que

ingería y como una herramienta o arma de ataque y defensa en sus luchas. Mientras que el hombre moderno, además de utilizarlo sólo para su alimentación, estos alimentos pasan ahora por fases de preparación, presentando consistencia más pastosa. Y, consecuentemente, con el uso cada vez menor de la masticación, probablemente se producirá una modificación anátomo-fisiológica, aumentando las posibilidades de adaptaciones y perturbaciones en todo el sistema (p.60).

Habla

Según Tanigute, (2012) en su obra colaborativa Fundamentos de la fonoaudiología explica que:

Esta función se ejecuta mediante órganos que pertenecen a otros aparatos del organismo, sobre todo el respiratorio y digestivo, que , juntos, forman los órganos articulatorios. Desde el nacimiento el bebé ya comienza a prepararse para el habla. Los movimientos orales en sí, que necesitará para la producción del habla, tiene inicio alrededor de los seis meses (p.6).

Con esta definición podemos afirmar que el equilibrio de las estructuras estomatognáticas y su adecuado funcionamiento propiciarán el habla.

El principal órgano articulador es la boca. Algunos aspectos para la aparición del habla adecuada pueden depender de la posición y movilidad de la lengua, presencia y posición de los dientes, movilidad de labios y mejillas y posición mandibular, en la promoción de un espacio intraoral adecuado para articulación y resonancia Tanigute,(2012).

De acuerdo con Proença, (1994), “las alteraciones del habla derivadas del uso del labio y/o paladar fisurado se refieren principalmente hipofunción del velo del paladar y movilidad lingual y labial” (p.118), lo que altera la producción (/ p /, / k /, / j /, / g) Estas alteraciones se denominan cambios de carácter fonético (realización de los sonidos), es decir, el sonido es incorrectamente articulado por un problema físico o mecánico. En los casos en que hay una desviación fonológica (uso de los sonidos con valor contrastivo), se identifica la existencia de un fallo en la correspondencia del sistema de contrastes que es utilizado por el hablante de determinada lengua, lo que no ocurre en niños con alteraciones

del habla debido inadecuado crecimiento de las estructuras y el desarrollo de estas funciones.

Definición de Labio y / o paladar fisurado

El labio y paladar hendido son defectos que ocurren durante el embarazo cuando la boca o los labios del bebé no se han desarrollado adecuadamente, es considerado como el más común de las malformaciones craneofaciales (Molina, 2012, p. 593). Se origina entre la 4ª y 12ª semana de gestación, su etiología es multifactorial y se asocia con factores genéticos y ambientales.

El tratamiento de estas Malformaciones craneofaciales se da a través de las Cirugías: queloplastia y Palatoplastia para la corrección de los mismos, esta cirugía se la realiza cuando el paciente es niño, porque la mandíbula no ha crecido tanto y se obtendrá una corrección con resultados favorables.

Descripción general de las deformidades labiopalatina

Uno de cada 1.000 recién nacidos lactantes se ve afectado por la fisura labiopalatina. Cuando el ultrasonido prenatal es utilizado, los futuros padres pueden obtener asesoramientos como: el riesgo genético, posibilidad de pérdida fetal, anticipación para la cirugía infantil y pronóstico general. En algunos casos ha sido difícil detectar la fisura palatina en etapas prenatales debido a la sombra acústica de las estructuras circundantes.

La ultrasonografía tridimensional puede ser beneficiosa para proporcionar una mayor visualización de estas estructuras. Los médicos buscan una ruptura en la cresta alveolar, donde los dientes serían el factor por el cual se podrá determinar si existe un paladar hendido o labio fisurado (Yu, Serrano, Miguel, Ruest y Svoboda, 2009, p.36). La mayoría de los pacientes con labio leporino y paladar hendido no tienen un truco en el crecimiento de su boca, pero tienen huesos mal posicionados.

Figura 13. Ecografía de paciente con fisura labial bilateral



Fuente:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705010>

Características anatómo-fisiológica

El Paladar Normal

El techo de la boca es también conocido como el piso de la nariz. Esto se compone de una sección ósea (dura), que está constituido por dos partes. El paladar primario, o llamado también como pre maxilar, es la parte que lleva los cuatro dientes delanteros superiores (incisivos centrales y laterales). El paladar secundario es el área ósea detrás del paladar primario que contiene el resto de la parte superior de los dientes. Estos huesos que están ubicados a la derecha y a la izquierda son llamados segmentos palatales laterales, que se fusionan en el centro durante las primeras nueve semanas del desarrollo fetal. (Ferreira, Z, 2012) expone en su obra colaborativa Fundamentos de Fonoaudiología:

Si el paladar primario (labio superior y borde alveolar) tiene una falla en su crecimiento y éste no ocurre en conjunto, principalmente durante la 6^o semana de gestación, una fisura labial unilateral o bilateral podrá manifestarse de forma completa o incompleta. Si el paladar secundario (paladar duro y blando) presenta una falla durante su crecimiento, en la 8^o semana de gestación aparecerá una fisura palatina completa o incompleta. (p. 86)

El paladar blando y la úvula son los músculos traseros del paladar duro, y durante el habla actúan juntos como una válvula que separa la boca (cámara oral) desde la nariz (cámara nasal). La úvula, es un pequeño músculo en el extremo posterior del paladar blando. Para ello, el flujo de aire de control del paladar blando y la úvula, son los que evitan que los alimentos entren en la parte posterior de la nariz.

La cara y el paladar con una hendidura

Las hendiduras del labio y del paladar implican principalmente de las partes óseas de la cara, boca y garganta. Estas se producen cuando los elementos del labio y los segmentos palatino derecho e izquierdo no se unen dentro de las primeras nueve semanas del feto. Es importante distinguir entre las hendiduras incompletas del labio y paladar porque la extensión y localización de la hendidura labial y palatina determina el grado de distorsión facial observado en el nacimiento.

Las hendiduras del labio tienen piel intacta y músculo entre el labio y la nariz, esta banda significa menos distorsión provocada por músculo anormal. Las hendiduras completas del labio se extienden a lo largo de toda la longitud del mismo hasta el suelo de la nariz (Camporesi, Baccetti, Marinelli, Defraia y Franchi, 2013, p.443). El tirón anormal del músculo distorsiona la nariz ampliamente y crea hendiduras anchas. Pues en las hendiduras completas del labio y paladar, el labio y los segmentos palatales son tirados en forma anormal por los músculos separados, haciendo que el labio y la nariz se vean más ancha y más plana.

Cabe mencionar que, en las hendiduras completas del labio y paladar blando, existe la separación amplia de la derecha y los segmentos palatales laterales izquierdos, esto ocurre debido a una ausencia de uniones de los segmentos palatales con el vómer (la partición que separa la cámara nasal en dos partes) (García Vaquero, Graterol, &García,

2012, p. 53) El premaxilar en las hendiduras bilaterales incompletas del labio no se extiende tanto hacia adelante en la cara como se observa en las hendiduras bilaterales completas. Todas estas alteraciones anatómicas se pueden corregir con la cirugía.

Figura 14. En la imagen derecha se observa Fisura unilateral y al lado izquierdo se ve ya realizada la palatoglosia



Fuente: <http://www.alisonford.cl/cirugia-fisuras-labio-y-paladar.html>

Clasificación:

Se dividió la fisura labial y palatina en siete clases:

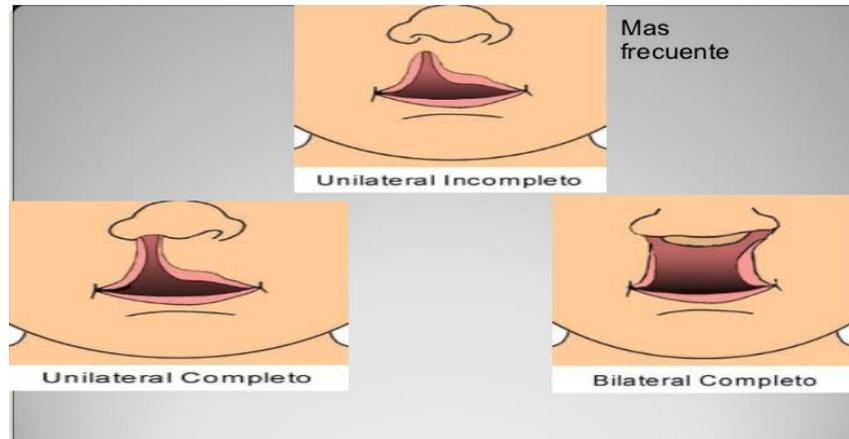
Para Millard o Byrd, (1966) citado por (Donaire & Flores ,2012, p.5) el labio y/o paladar fisurado se puede dividir en:

- Labio fisurado cicatricial
- Labio fisurado unilateral
- Labio fisurado unilateral con fisura ósea incompleta o completa.
- Labio fisurado bilateral
- Labio fisurado central (forma inusual con agenesia total del pro labio).

Existen dos grupos principales de labio fisurado y paladar hendido:

- Hendiduras que afectan el labio superior (paladar primario)
- Hendiduras que afectan al paladar duro y blando (paladar secundario)

Figura 15. Clasificación según Millard o Byrd



Fuente: <https://es.slideshare.net/Grupo3Especialidades/enfermedades-congenitas-de->

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento para el labio leporino y el paladar hendido son mejorar la capacidad del niño de comer, hablar y oír normalmente y lograr un aspecto facial normal. El cuidado de los niños con labio leporino y paladar hendido incluye a menudo un equipo de médicos y expertos, entre ellos: otorrinolaringólogos, pediatras, cirujanos plásticos, cirujanos orales, dentistas pediátricos, ortodoncistas, enfermeras, terapeutas del lenguaje, trabajadores sociales, psicólogos.

El tratamiento implica cirugía para reparar el defecto y terapias para mejorar cualquier condición relacionada. La cirugía para corregir el labio y el paladar se basa en la situación particular del niño. Después de la reparación de la hendidura inicial, el médico puede recomendar cirugías de seguimiento para mejorar el habla o mejorar la apariencia del labio y la nariz. (García Vaquero, Graterol, &García, 2012, p. 56)

Las cirugías típicamente se realizan en este orden: reparación de labio leporino en los primeros 12 meses de edad, reparación del paladar hendido en la edad de 18 meses, o

antes si es posible, cirugías de seguimiento entre los 2 años y los últimos años de la adolescencia. Los posibles riesgos de la cirugía incluyen sangrado, infección, mala cicatrización, arrugas de cicatrices y daño temporal o permanente a los nervios, vasos sanguíneos u otras estructuras.

Dentro de las recomendaciones para el tratamiento adicional por las complicaciones causadas por la misma alteración, se encuentran las estrategias de alimentación, como el uso de una boquilla especial o un alimentador, terapia del lenguaje para corregir la dificultad que se presenta en el habla (voz nasalizada), ajustes ortodóncicos en los dientes y mordeduras, seguimiento por un dentista pediátrico para el desarrollo dental y la salud oral desde una edad temprana, seguimiento y tratamiento de las infecciones de oído, que pueden incluir audífonos u otros dispositivos de ayuda, terapia con un psicólogo para ayudar al niño a lidiar con el estrés de procedimientos médicos u otras preocupaciones.

Figura 16. Procedimientos quirúrgicos



Fuente: <https://www.doctorameli.com/blog/cirugia-de-labio-leporino-y-paladar->

Definición de Terapia Miofuncional

Según Ferreira, Z (2012) menciona en su obra colaborativa Fundamentos de Fonoaudiología “La terapia muscular facial, es realizada para la obtención de mayor armonía y mejorar las funciones orofaciales” (p.88) La terapia miofuncional orofacial es un tratamiento en el que se da a cabo a través de técnicas usadas para la reeducación

neuromuscular o rediseño de los músculos bucales y faciales, es una modalidad que promueve la estabilidad del sistema estomatognático.

Pero también podríamos decir que es considerada como la terapia de postura en reposo, ya que si existe una buena postura hay equilibrio en el complejo orofacial. Su base de trabajo va estar enfocado en las funciones vitales como la respiración, succión, deglución, masticación y el habla; y otras múltiples como bostezar, llorar, vomitar.

Figura 17. Observación de los órganos bucofonatorios



Fuente: <http://www.oigamos.com/index.php/terapia->

Los beneficios y aplicaciones de la Terapia Miofuncional

Según (Castells, M, 2012, p.7), las funciones orofaciales son determinantes en el crecimiento de la cara. La mayoría de los trastornos orofaciales se originan de una respiración nasal habitual insuficiente o con respiración bucal, es por esto que la terapia miofuncional es esencial para aquellos que son diagnosticados con apnea del sueño, cualquier congestión nasal crónica y respiración bucal, esta última puede afectar negativamente el crecimiento cráneo-facial de los niños.

Este tipo de terapia va ayudar en la posición correcta de los órganos bucofonatorios, como en el caso de la lengua si esta descansa contra el paladar duro , mejora o crea

estabilidad, Si la lengua está habitualmente descansando hacia abajo y hacia adelante en la mandíbula, va ocasionar un desequilibrio muscular, a causa de la falta de permeabilidad de las vías respiratorias o por el uso excesivo de los biberones, succión digital o presencia de frenillo ,obteniendo como resultado una forma y funcionalidad interrumpida de los órganos fonatorios, los factores esqueléticos y funcionales se mezclan de tal manera que es casi imposible concluir el origen del trastorno.

Es importante mencionar que los problemas miofuncionales no solo se da por la forma o mal funcionamiento de estos órganos, también se le suma a esto la dieta moderna de alimentos procesados (los alimentos blandos pueden conducir a un tono muscular bajo disminuyendo la frecuencia e intensidad de la masticación), un volúmen oral más pequeño puede no apoyar las vías respiratorias superiores adecuadas, la estabilidad o el desarrollo óptimo de los arcos dentales. (Toledo & Dalva, 2012, p. 11)

Como parte de la aplicación de la terapia se encuentran las Praxias que son los ejercicios usados en las disfunciones de la musculatura orofacial, ayudando así en la reeducación postural y funcionamiento de cada uno de ellos. Estos ejercicios tienen diferentes actividades individualizadas para cada órgano: labios, lengua mejillas y maxilar.

Examen miofuncional:

(Ferreira, Z, 2012, p.84), observar y valorar la relación entre las partes esqueléticas y musculares es de vital importancia para establecer el plan de tratamiento, pero también es de gran valor intentar relacionar los factores que han conducido al trastorno. El terapeuta del lenguaje que se haya especializado en la Terapia Miofuncional, estará preparado para prevenir, detectar, evaluar, diagnosticar y tratar las alteraciones orofaciales. Para ello debe manejar las diferentes pruebas que permitirá realizar la exploración y el examen muscular orofacial.

- ✓ Examinación exobucal: patrón del crecimiento facial, estado de los labios en reposo, conformación de narinas
- ✓ Examinación endobucal: dentición, lengua, frenillos lingual y labial, conformación de paladar óseo y paladar blando, presencia de amígdalas palatinas
- ✓ Funciones orofaciales: respiración, deglución, masticación, fonoarticulación, postura; y la presencia de posibles hábitos bucales como succión del digital, bruxismo, briqueo

Aspectos morfológicos y de postura

Se deben evaluar la fisioanatomía de los órganos fonoarticulatorios cuando se encuentran en reposo, se observará si el paciente mantiene los labios cerrados, abiertos o entre abiertos, la tonicidad de los mismos (hipertónicos o hipotónicos); se debe evaluar la forma de la lengua (macro o microglosia), si presenta heridas laterales y frenillo lingual; simetría de las mejillas; presencia o hipertrofia de las amígdalas; oclusión dentaria (mordida abierta, mordida cruzada, agenesia, diastema, presencia de caries o prótesis); paladar duro (ojival o hendido); paladar blando (úvula bífida); simetría de los ojos; en la nariz se hará la observación si presenta tabique desviado, narinas estrechas o base ensanchada.

Materiales

Dentro del material utilizado encontramos los estimuladores orales que son presentados de diferentes tamaños y formas, encontramos:

- ✓ Chewy Tubes, estos son utilizados para la estimulación motricidad buco maxilar
- ✓ Tubo hueco rugoso que presentan puntitos de relieves, permiten mejorar la sensibilidad oral.

- ✓ Depresores
- ✓ Depresores linguales dentados, son utilizados para deprimir la zona media de la lengua

Figura 18. Estimulación bucomaxilar



Fuente: <https://www.google.com.ec/search?biw=1600&bih=745&tbm=isch&sa=1&q=terapia+miofuncional>

Definición de Método de evaluación clínica volumen – viscosidad (MECV-V).

La prueba de la viscosidad del volumen-viscosidad (V-VST) es un método de la cabecera para examinar a los pacientes para la disfagia. Métodos: El V-VST fue diseñado para identificar signos clínicos de deterioro de la eficacia (sello labial, restos orales y faríngeos y deglución fragmentada) y deterioro de la seguridad de la deglución (cambios de voz, tos y disminución de la saturación de oxígeno $\geq 3\%$) como se afirma en (Aula Fresenius Kabi, 2014). Utilizamos este test con el fin de confirmar el tipo de deglución que mantenían los niños intervenidos.

Descripción de la aplicación

Comienza con la viscosidad del néctar y aumentando el volumen del bolo, luego líquido y finalmente la viscosidad del pudding en una progresión de dificultad creciente para

proteger a los pacientes de la aspiración. Resultados: El V-VST permite una detección rápida, segura y precisa de OD en pacientes hospitalizados e independientes con múltiples etiologías. El V-VST presenta una sensibilidad del 88,2% y una especificidad del 64,7% para detectar signos clínicos de deterioro de la seguridad de la deglución (aspiración o penetración). La prueba tarda 5-10 minutos en completarse. Discusión y conclusión: El V-VST es una excelente herramienta para la detección de OD. Combina buenas propiedades psicométricas, un protocolo detallado y fácil diseñado para proteger la seguridad de los pacientes y puntos finales válidos para evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución y detectar aspiraciones silenciosas (Aula Fresenius Kabi, 2014).

Es decir, vamos a evidenciar en esta prueba los signos que presente el paciente tales como; alteración de la eficacia de la deglución, como el sello labial deteriorado, el residuo oral, la deglución fragmentada (múltiples degluciones por bolo) y los síntomas del residuo faríngeo (descrito por el paciente como la sensación de tener el bolo pegado en la garganta después de la deglución), y signos de deterioro de la seguridad de la deglución, tales como cambios en la calidad de la voz (incluyendo la voz húmeda), tos y disminución de la saturación de oxígeno.

Figura 19. Hoja de registro MECV-V

METODO DE EXPLORACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)										
VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING			
ALTERACIONES O SIGNOS DE LA SEGURIDAD										
	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	
TOS										
CAMBIO DE VOZ										
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA										
	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	
SELLO LABIAL										
RESIDUO ORAL										
DEGLUCION FRACIONADA										
RESIDUO FARINGEO										
EVALUACION FINAL	PACIENTE CON DISFAGIA A									

Marco conceptual

Sistema estomatognático: El S.E abarca estructuras orales estáticas y dinámicas, es decir, las partes duras (arcos dentales, mandíbula, hueso hioides y huesos craneos) Y activas (músculos, espacios orgánicos, nervios y vasos sanguíneos) que desempeñan las Funciones Neurovegetativas (FNV - succión, masticación, deglución, respiración), fonación y expresión facial. Estas estructuras están interconectadas, de modo que, si hay un desorden en alguna de ellas, todas presentarán una desorganización o desequilibrio

Deglución: La deglución es una secuencia refleja de contracciones musculares ordenadas, que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estómago. Es una actividad neuromuscular compleja e integrada.

Masticación: La masticación es la fase inicial del proceso digestivo que se inicia en la boca, y la consideramos como la fase preparatoria de la deglución. En consecuencia, a partir de un proceso de masticación eficiente la deglución se llevará a cabo de manera adecuada y sin presiones compensadoras.

Respiración: La necesidad de oxígeno en la vida es indiscutible. El aire entra por la nariz, donde es calentado, filtrado y humidificado. Pasa por las coanas (parte posterior de la cavidad nasal), nasofaringe, orofaringe, laringe, tráquea y bronquios, hasta llegar a los pulmones (con contracción de los músculos intercostales externos y diafragma), donde se efectúan efectivamente los cambios gaseosos.

Habla: Esta función se ejecuta mediante órganos que pertenecen a otros aparatos del organismo, sobre todo el respiratorio y digestivo, que, juntos, forman los órganos articulatorios. Desde el nacimiento el bebé ya comienza a prepararse para el habla. Los movimientos orales en sí, que necesitará para la producción del habla, tiene inicio alrededor de los seis meses.

Labio y paladar fisurado: son aquellos defectos o alteraciones craneofaciales, que ocurren cuando el labio y/o paladar no han alcanzado su desarrollo normal, esto se suita durante el embarazo, a consecuencia de agentes ambientales o hereditarios.

Palatoplastia: corrección quirúrgica que se realiza en niños que presentan labio y/o paladar fisurado, logrando así el cierre de la fisura para establecer un mejor funcionamiento y anatomía de los órganos bucofonatorios.

Paladar. - son las sesiones óseas que están constituidos por dos, siendo estos el paladar primario que es donde nacen los dientes incisivos, y el paladar secundario que se encuentra detrás del paladar primario o premaxilar y en este se manifiestan el resto de la parte

superior de los dientes. Si el paladar primario (labio superior y borde alveolar) tiene una falla en su crecimiento y éste no ocurre en conjunto, principalmente durante la 6ª semana de gestación, una fisura labial unilateral o bilateral podrá manifestarse de forma completa o incompleta. Si el paladar secundario (paladar duro y blando) presenta una falla durante su crecimiento, en la 8ª semana de gestación aparecerá una fisura palatina completa o incompleta.

Terapia miofuncional: Es el conjunto de técnicas utilizadas para la reeducación de los órganos bucofonatorios, que presenten algún tipo de alteración anatómica y fisiológica.

Fisura labiopalatina.- es una malformación de la estructura del labio superior o del paladar.

Congénito: Cualquier problema o deficiencia que se presente en el nacimiento, se adquiere durante el desarrollo del embarazo.

Unilateral incompleta - Hendidura en un lado del labio que no se extiende hasta la nariz.

Unilateral completa - Hendidura en un lado del labio que se extiende hasta la nariz.

Bilateral completa - Hendidura que compromete ambos lados del labio y que se extiende y compromete la nariz.

Paladar ojival. - Es un paladar más estrecho de lo normal y abovedado en el centro

Palatoglosia. - Es la cirugía que se realiza a nivel del musculo de las fauces del paladar blando

Órganos buco fonadores. - Conjunto de órganos que intervienen en la articulación del lenguaje en el ser humano y es el encargado de la producción de la voz y la articulación.

Deglución. - Paso del bolo alimenticio al esófago y estómago

Sistema estomatognático. - Llamado también aparato masticador, se refiere a las estructuras de la boca y de los maxilares vinculados a la anatomía y funcionamiento.

Terapia Miofuncional. - Conjunto de procedimientos y técnicas utilizados para la corrección del desequilibrio muscular orofacial.

Praxias. - Sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención

Anquiloglosia. - Definición que se le da al frenillo lingual corto, que provoca movimientos limitados de dicho órgano, “lengua atada o anclada”.

Bruxismo. - Hábito inconsciente de apretar o rechinar los dientes

Diastema. - Espacio existente entre dos dientes contiguos, especialmente entre los incisivos y los premolares

Succión Digital. - es uno de los hábitos bucales más comunes en los niños, en el que el infante se “chupa” el dedo.

Agenesia. - Es la ausencia parcial o completa de un órgano o de un tejido del organismo

Apnea del sueño. - Es un trastorno común en el que la persona que lo sufre hace una o más pausas en la respiración o tiene respiraciones superficiales durante el sueño

Microglosia. - Es un trastorno en el que la lengua es más grande de lo normal

Microglosia. - **Malformación anatómica en el que la lengua es más pequeña de lo normal.**

Marco contextual

El Hospital del niño “Dr. Francisco de Icaza Bustamante” fue fundado el 7 de octubre de 1981 por el Dr. Francisco Icaza Bustamante, fue hasta en 1985 que este establecimiento pudo ofrecer su servicio como hospital, ya que empezó atender a sus pacientes en el área de consulta externa; dicho centro de salud está ubicado en la Avenida Quito y Gómez Rendón.

Cabe recalcar que el hospital cuenta con todos los servicios médicos sean estas especialidades clínicas como quirúrgicas, en el cual pudimos desarrollar nuestro tema de

investigación en el área de odontología, asistencia que es brindada para la prevención y cuidado de la salud bucal. En esta área podemos observar que acuden pacientes con presentan alteraciones craneofaciales como es el labio y/o paladar fisurado.

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Marco Legal

Este trabajo investigativo se apegó a los fundamentos legales de la Constitución de la Republica, rigiéndose a los artículos de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. (República, 2016) Consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Capítulo I definición, ámbito de aplicación, finalidad, principios y objetivos

Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley. - La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

El presente artículo nos aporta con el conocimiento de los principios y normas por la cual se deben regir todas las instituciones o establecimientos de salud, sean estas públicas o privadas.

Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema. - El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

El artículo menciona el derecho a obtener una salud de calidad, sean estas instituciones públicas, privadas, autónomas o comunitarias, como ciudadanos ecuatorianos que somos tenemos todo el derecho de gozar este servicio.

Art. 4.- Principios. - El Sistema Nacional de Salud, se regirá por los siguientes principios.

1. Equidad. - Garantizar a toda la población el acceso a servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas como las concernientes al género y a lo generacional.

2. Calidad. - Buscar la efectividad de las acciones, la atención con calidez y la satisfacción de los usuarios.

3. Eficiencia. - Optimizar el rendimiento de los recursos disponibles y en una forma social y epidemiológicamente adecuada.

4. Participación. - Promover que el ejercicio ciudadano contribuya en la toma de decisiones y en el control social de las acciones y servicios de salud.

5. Pluralidad. - Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciar su interrelación con una visión pluricultural.

6. Solidaridad. - Satisfacer las necesidades de salud de la población más vulnerable, con el esfuerzo y cooperación de la sociedad en su conjunto.

7. Universalidad. - Extender la cobertura de los beneficios del Sistema, a toda la población en el territorio nacional.

8. Descentralización. - Cumplir los mandatos constitucionales que consagren el sistema descentralizado del país.

9. Autonomía. - Acatar la que corresponda a las autonomías de las instituciones que forman el Sistema.

Mediante el presente artículo podemos evidenciar que el estado nos garantiza un servicio de salud de calidad, calidez y equitativo; así mismo promoviendo la interrelación pluricultural respetando siempre la cultura y creencia de cada usuario.

Capítulo II del Plan Integral de Salud

Art. 5.- Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural. Este plan contemplará:

1. Un conjunto de prestaciones personales de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de la salud. Este incluye la provisión de los servicios y de los medicamentos e insumos necesarios en los diferentes niveles de complejidad del Sistema, para resolver problemas de salud de la población conforme al perfil epidemiológico nacional, regional y local.

2. Acciones de prevención y control de los riesgos y daños a la salud colectiva, especialmente relacionados con el ambiente natural y social.

3. Acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludables, individuales y colectivas y que son de índole intersectorial.

Este artículo evidencia que, como profesionales de la salud, el Terapeuta del lenguaje se rige bajo la ley del Sistema Nacional ya que somos parte del plan de prevención y rehabilitación.

Art. 6.- Modelo de Atención. - El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

Una vez más podemos constatar en este artículo que el servicio del Terapeuta del lenguaje está bajo el modelo de atención primaria debido promocionamos, prevenimos y rehabilitamos; brindando un servicio de calidad y responsabilidad.

Capítulo III Integración del Sistema

Art. 7.- Integrantes del Sistema. - Forman parte del Sistema Nacional de Salud las siguientes entidades que actúan en el sector de la salud, o en campos directamente relacionados con ella: 1. Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas.

2. Ministerios que participan en el campo de la salud.

3. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS; Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA; e, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL.

4. Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Animadas y Policía Nacional.

5. Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.

6. Junta de Beneficência de Guayaquil.

7. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA.

8. Cruz Roja Ecuatoriana.

9. Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Concejos Municipales y Juntas Parroquiales.

10. Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.

11. Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONG's), servicios pastorales y fiscomisionales.

12. Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.

13. Organizaciones que trabajan en salud ambiental.

14. Centros de desarrollo de ciencia y tecnología en salud.

15. Organizaciones comunitarias que actúen en promoción y defensa de la salud.

16. Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.

17. Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.

A través del presente artículo podemos demostrar que somos parte del sistema nacional de salud, ya que nuestra formación académica se efectuó en la facultad de ciencias médicas y por tal motivo pudimos realizar nuestro trabajo de titulación en una entidad pública respetada y reconocida como es el Hospital del niño “Francisco de Icaza Bustamante”

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales.

Este artículo nos menciona que como ciudadanos ecuatorianos tenemos el derecho de consumir alimentos sanos y nutritivos, para poder ser personas fuertes y sanas, como profesionales de la salud tenemos la obligación de fomentar una alimentación sana y plena.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

Este artículo nos dice que todas las personas tienen derecho a la gratuidad del servicio de salud, y a su vez nos muestra que las entidades de salud sean estas públicas o privadas tienen la obligación de prestar sus servicios en situaciones de emergencia.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.

2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

3. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas

El presente artículo nos dice que nuestra área de intervención como servicio de prevención y rehabilitación gozamos del financiamiento del estado, ya que brindamos un trabajo de calidad y calidez a todas aquellas personas que necesitan de nuestro servicio profesional.

Art. 53.- El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad, en especial en casos de indigencia. Juntamente con la sociedad y la familia, asumirá la responsabilidad de su integración social y equiparación de oportunidades.

Este artículo menciona el apoyo que se les da a las personas que padecen algún tipo de discapacidad, brindándoles servicios de apoyo y rehabilitación si el caso lo amerita, es por esta razón que como terapeutas del lenguaje formamos parte de este grupo de trabajo para servir a la sociedad.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

El presente artículo nos demuestra en las dimensiones que participamos los terapeutas del lenguaje y el aval que tenemos por el Sistema Nacional de salud, ya que formamos parte del grupo de profesionales de la salud que trabaja por una promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Diseño de la Investigación

La estrategia metodológica utilizada para alcanzar las metas planteadas , es descriptiva, pues nos ayudó a estudiar las características más importantes del labio y/o aladar fisurado desde el punto de vista de la terapia del lenguaje, a través, de la observación y del estudio libros, artículos científicos de diversos autores. El criterio de planificación en la adquisición de datos es de carácter retrospectivo, se obtuvo de la anamnesis realizada previamente por el médico a cargo, decimos que es transversal, puesto que las variables fueron medidas en una ocasión.

Tipo de investigación

El tipo metodológico es de campo pues como menciona experimental. Sabino, (2014) su obra el proceso de investigación:

El trabajo de campo es el conjunto de acciones encaminadas a obtener en forma directa datos de las fuentes primarias de información, es decir, de las personas y en el lugar y tiempo en que se suscita el conjunto de hechos o acontecimiento de interés para la investigación (p.70).

Entendemos que el trabajo de campo se hace directamente con la muestra seleccionada y la consulta a profesionales que aportaron de forma significadamente a nuestro trabajo. Tabien es de tipo bibliográfico- documental, donde se expuso a profundidad la importancia de la intervención precoz del terapeuta del lenguaje en la corrección de las disfunciones en el sistema estomatognático, de origen tanto orgánico

como funcional, mediante la terapia miofuncional, todo lo mencionado anteriormente se basó en libros, artículos científicos de diversos autores.

Modalidad de la investigación

La investigación cuantitativa se caracteriza por seguir un proceso riguroso, secuencial y probatorio que involucra las siguientes características: estima y mide las magnitudes de los fenómenos, utiliza el razonamiento deductivo, es objetiva, el investigador no debe afectar los fenómenos observados, los resultados pueden ser replicados y medibles, usa métodos estandarizados y confiables aceptados por la comunidad científica, plantea hipótesis que intenta sustentar mediante la revisión literaria y que después somete a pruebas para corroborarlas. (Sampieri, 2014, p. 4)

Es por ello que decimos que esta investigación es cuantitativa, pues utilizamos cuadros estadísticos extraídos de la encuesta a padres con los que pudimos corroborar la necesidad de una guía dirigida a padres que sirva como herramienta informativa sobre el rol del terapeuta del lenguaje en niños con labio y/o paladar fisurado.

Población y muestra

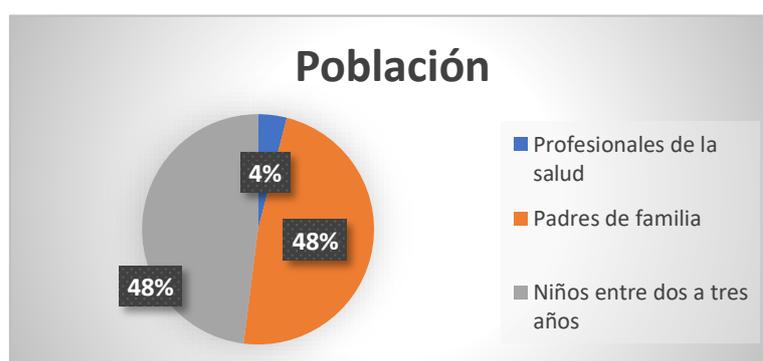
Población

La población seleccionada para el trabajo de titulación se delimitó al área de odontología del Hospital del Niño Francisco de Icaza Bustamante, las características de la población fueron las siguientes: los profesionales de la salud al cargo del área, padres de familia y todos los niños entre dos a tres años que acuden al área de odontología en horario matutino.

Tabla .3 Población

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Profesionales de la salud	4	4%
2	Padres de familia	48	48%
3	Niños entre dos a tres años	48	48%
TOTAL		100	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
 Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
 Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

La población objeto de estudio es de 100 personas entre pacientes, representantes y profesionales, los cuales son 4 profesionales de la salud que representan el 4%, 48 padres de familia que representan el 48% y 48 pacientes que representan el 48% del total de la población.

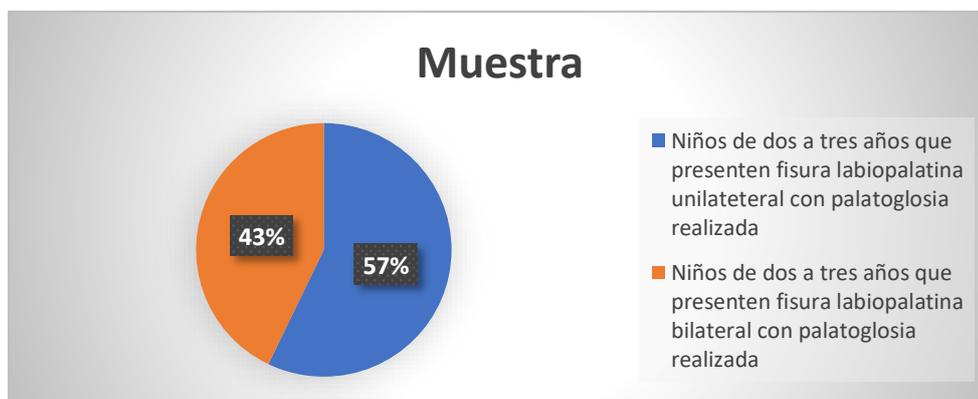
Muestra

Fernández, C (2014) en su obra colaborativa Metodología de la Investigación expone que “la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población (p.173)”, por ende, la muestra seleccionada tiene que regirse a los parámetros expuestos en el estudio.

Tabla. 4 Muestra

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Niños de dos a tres años que presenten fisura labiopalatina unilateteral con palatoglosia realizada	8	71%
2	Niños de dos a tres años que presenten fisura labiopalatina bilateral con palatoglosia realizada	6	29%
TOTAL		15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura 21 del Gráfico Muestra

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Observando las características de los criterios de inclusión para seleccionar la muestra en la población de 48 pacientes, cumplieron con los parámetros 15 pacientes siendo estos 8 Niños de dos a tres años que presenten fisura labiopalatina unilateral con palatoglosia realizada que representan el 57% Y 6 Niños de dos a tres años que presenten fisura labiopalatina bilateral con palatoglosia realizada los cuales representa el 43%.

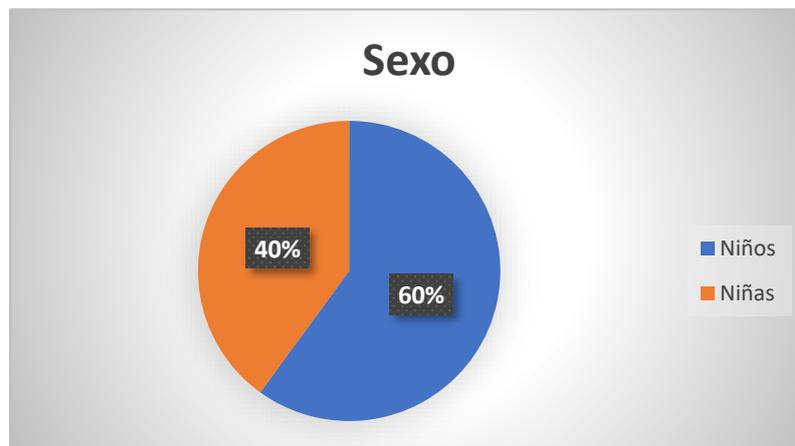
Muestra por Sexo

Tabla. 5 Sexo

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Niños	9	60%
2	Niñas	6	40%
TOTAL		15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura 22 del Grafico Sexo



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

La muestra total fue de 15 pacientes, 9 niños equivalentes al 60% y 6 niñas que representan el 40% del muestreo.

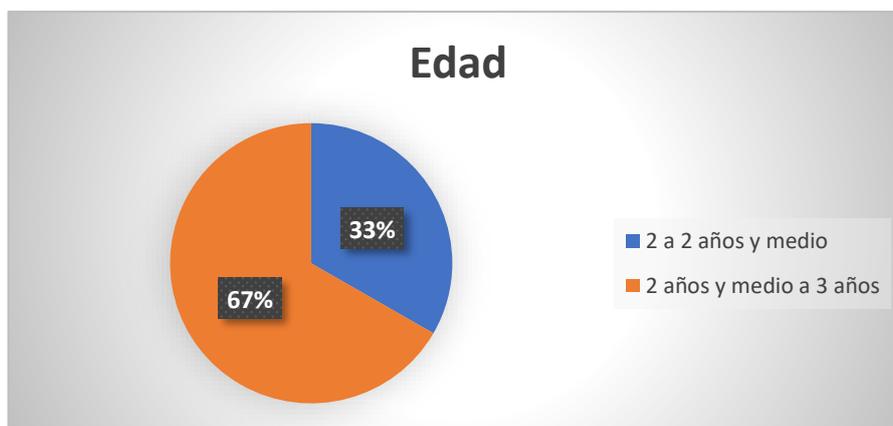
Muestra por Edad

Tabla. 6 Edad

Ítem	Edad	Frecuencia	Porcentaje
1	2 a 2 años y medio	3	33%
2	2 años y medio a 3 años	12	67%
TOTAL		15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 23 del Gráfico Edad



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

La muestra total fue de 15 pacientes, 3 niños están en edades comprendidas entre los 2 a 2 años y medio los cuales equivalen al 33% y 12 niños en las edades comprendidas entre 2 años y medio a tres años que representan el 67% del muestreo.

Muestra por edad según el sexo

Tabla. 7 Edad según el sexo

Ítem	Edad	femeni	masculi	Porcenta je
		no	no	
1	2 a 2 años y medio	1	2	
2	2 años y medio a 3 años	5	7	%

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

24 del Gráfico Edad según el Sexo



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

La muestra total fue de 15 pacientes, 1 niño y 2 niñas en edades comprendidas entre los 2 a 2 años y medio los cuales equivalen al 33%, 7 niños y 5 niñas en las edades comprendidas entre 2 años y medio a tres años que representan el 67% del muestreo.

Resultado de población y muestra

Tabla. 8. Población y Muestra

Alternativas		Cantidad
Población	Pacientes de dos a tres años que acuden al área de odontología en el horario matutino	48
Muestra	Niños con fisura labiopalatina uni/bilateral	15

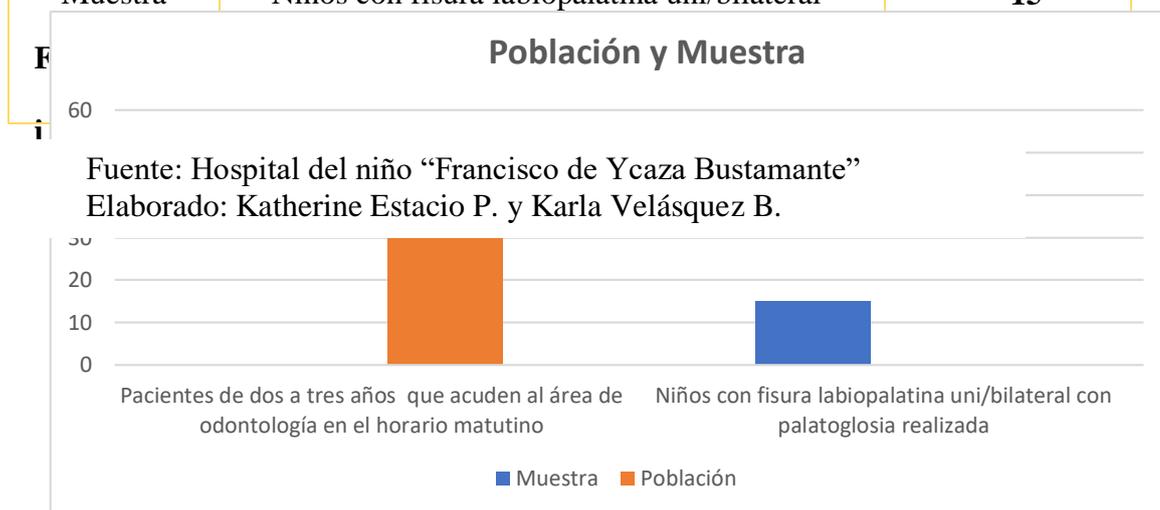


Figura 25 del Gráfico Población y Muestra

La población total es de 202 personas equivalentes al 100% de la cual 48 paciente son niños de dos a tres años que representan el 24% de la población, se desprende la muestra de 15 pacientes con fisura labiopalatina uni / bilateral con palatoglosia realizada equivalente al 15% de la población.

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Criterios de inclusión y exclusión

Tabla. 9. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Fisura labiopalatina	Paladar fisurado sindrómico, paladar fisurado, labio fisurado
Niños de dos a tres años	Niños menores a dos años y mayores a tres años.
Palatoglosia realizada	Palatoglosia no realizada.

Instrumentos de evaluación y recolección de datos

Tras definir el diseño, tipo, población y la muestra adecuada para nuestra investigación, el siguiente paso consistió en recolectar los datos apropiados sobre las variables de las unidades de muestreo (niños de dos a tres años que presentan fisura labiopalatina con palatoglosia realizada) esto implicó elaborar un plan detallado de procedimientos que nos llevó a contar con los datos específicos.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Anamnesis
- Entrevista a profesionales de la salud
- Encuesta a padres de familia
- Método de evaluación clínica de volumen- viscosidad (MECV-V)
- Herramientas de evaluación de las disfunciones orofaciales

A través de las entrevistas a profesionales logramos afianzar nuestro enfoque planteado en el estudio, el cual fue reafirmado al realizar las encuestas a los padres de familia. Mediante las evaluaciones de las disfunciones orofaciales y el método

MECV-V se establecieron las necesidades de cada individuo, de donde se extrajo la información para la elaboración de la guía para padres de familia.

Análisis e interpretación de la encuesta realizada a los padres

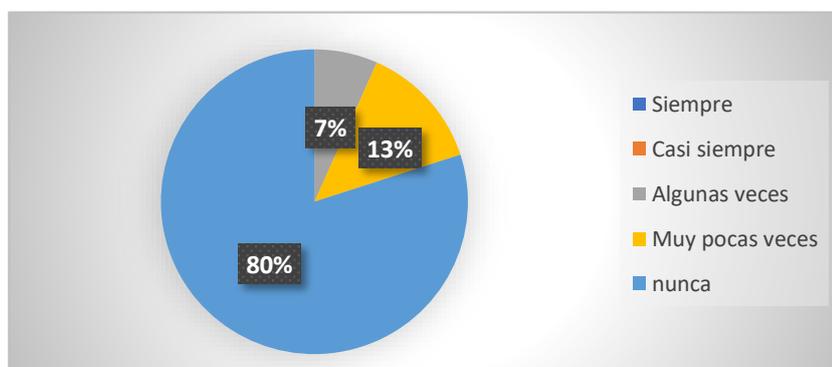
1. ¿su hijo ha recibido intervención precoz del Terapeuta del Lenguaje?

Tabla. 10 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	0	0%
2	Casi siempre	0	%
3	Algunas veces	1	7%
4	Muy pocas veces	2	13%
5	nunca	12	80%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 26 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 12 padres de familia contestaron que nunca recibieron la intervención del terapeuta del lenguaje, los cuales equivalen al 80%, mientras que 2 padres contestaron que muy pocas veces representando el 13%, y 1 padre contestó que algunas veces correspondiendo al 7%.

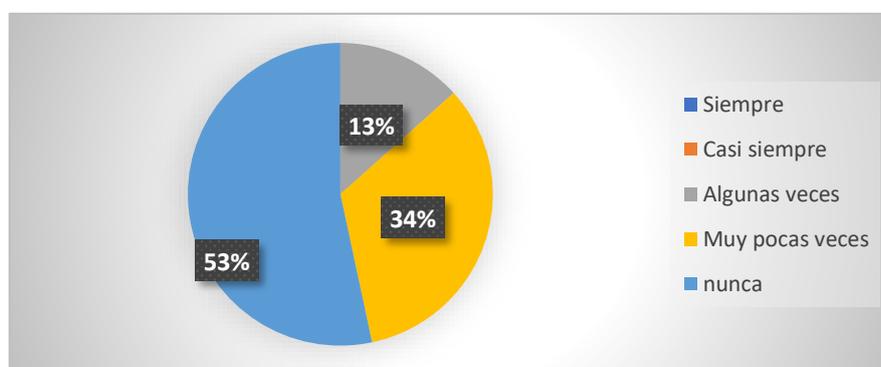
2. ¿Conoce Ud las consecuencias de no recibir la intervención precoz del terapeuta del lenguaje?

Tabla. 11 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	0	0%
2	Casi siempre	0	0%
3	Algunas veces	2	13%
4	Muy pocas veces	5	34%
5	nunca	8	53%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 27 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 8 padres de familia contestaron que nunca recibieron información de las consecuencias de no recibir intervención precoz del terapeuta del lenguaje, los cuales equivalen al 53%, mientras que 5 padres contestaron que muy pocas veces representando el 34%, y 2 padre contestó que algunas veces correspondiendo al 13%.

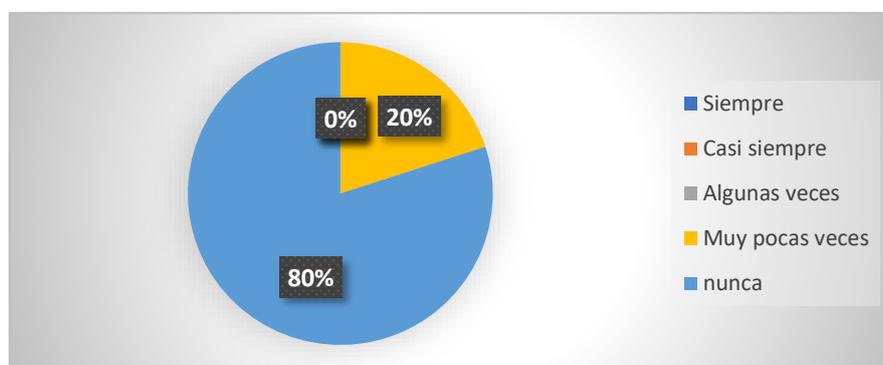
2. ¿Ud. tiene conocimiento de la intervención del Terapeuta del Lenguaje en la alimentación de su hijo durante los primeros años de vida?

Tabla. 12 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	0	0%
2	Casi siempre	0	0%
3	Algunas veces	0	0%
4	Muy pocas veces	3	20%
5	nunca	12	80%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 28 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 12 padres de familia contestaron que nunca tienen conocimiento de la intervención del Terapeuta del Lenguaje en la alimentación de su hijo durante los primeros años de vida, los cuales equivalen al 80%, mientras que 3 padres contestaron que muy pocas veces representando el 20%.

4. ¿Ud. recibió apoyo y orientación por parte del Terapeuta del Lenguaje sobre las posturas adecuadas para alimentar a su hijo y la elección del tipo de biberón?

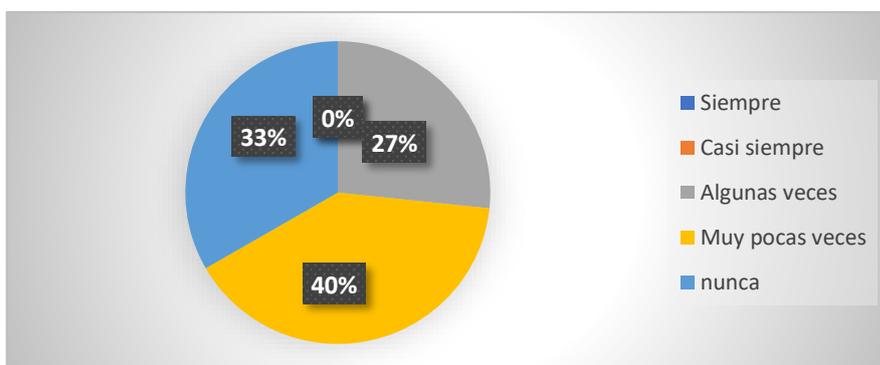
Tabla. 13 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	0	0%
2	Casi siempre	0	0%
3	Algunas veces	4	27%
4	Muy pocas veces	6	40%
5	nunca	5	33%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”

Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 29 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”

Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 5 padres de familia contestaron que nunca recibió apoyo y orientación por parte del Terapeuta del Lenguaje sobre las posturas adecuadas para alimentar a su hijo y la elección del tipo de biberón, los cuales equivalen al 33%, mientras que 6 padres contestaron que muy pocas veces representando el 40% y 4 padres dijeron que algunas veces siendo este el 27%.

5. ¿Su hijo presentó dificultad en la succión como: regurgitaciones, tos y vómito durante y después de la alimentación?

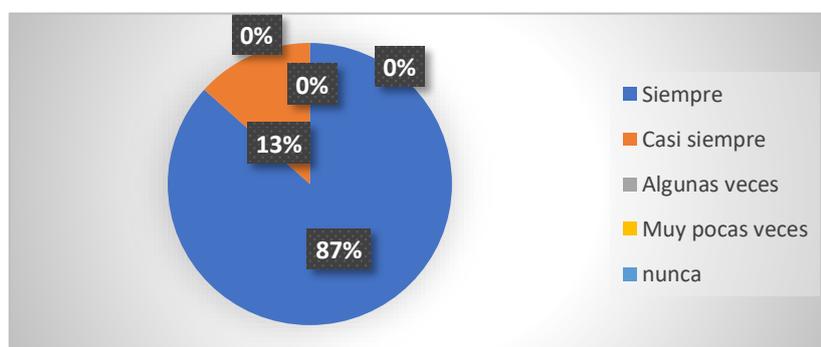
Tabla. 14 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	13	87%
2	Casi siempre	2	13%
3	Algunas veces	0	0%
4	Muy pocas veces	0	0%
5	nunca	0	0%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”

Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 30 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”

Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 13 padres de familia contestaron que siempre sus hijos presentaron dificultad en la succión como: regurgitaciones, tos, vómito, los cuales equivalen al 87%, mientras que 2 padres contestaron que casi siempre representando el 13%

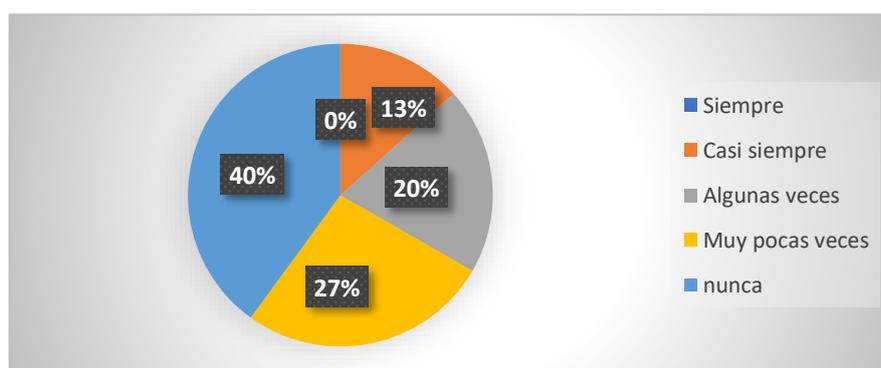
6. ¿En la dieta de su hijo, ud realizó los cambios de texturas en los alimentos como: líquidos (leche, agua) hasta los 6 meses; semisólidos (puré, papillas, trozos pequeños machados) a partir de los 7 hasta los 9 meses; y sólidos (trozos pequeños de pollo, frutas, ¿etc.) a partir del año?

Tabla. 15 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	0	0%
2	Casi siempre	2	13%
3	Algunas veces	3	20%
4	Muy pocas veces	4	27%
5	nunca	6	40%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 31 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 6 padres de familia contestaron que nunca en la dieta de sus hijos realizaron los cambios de texturas en los alimentos, los cuales equivalen al 40%, mientras que 4 padres contestaron que muy pocas veces representando el 27%, 3 padres dijeron que algunas veces siendo este el 20%, y 2 padres contestaron que casi siempre reflejando el 13%.

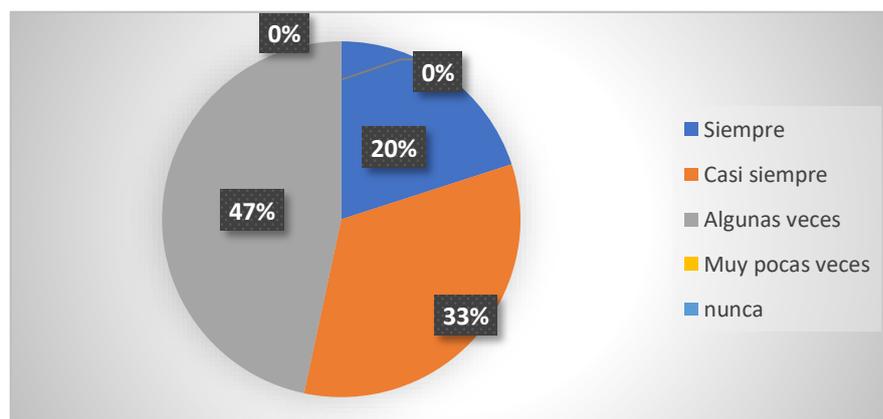
7. ¿En la actualidad durante la alimentación, su hijo presenta las siguientes características: tos y masticación con la boca cerrada?

Tabla. 16 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	3	20%
2	Casi siempre	5	33%
3	Algunas veces	7	47%
4	Muy pocas veces	0	0%
5	nunca	0	0%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 32 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 3 padres de familia contestaron que siempre durante la alimentación, sus hijos presentan las siguientes características: tos y masticación con la boca cerrada, los cuales equivalen al 20%, mientras que 5 padres contestaron que casi siempre representando el 33%, 7 padres dijeron que algunas veces siendo este el 47%.

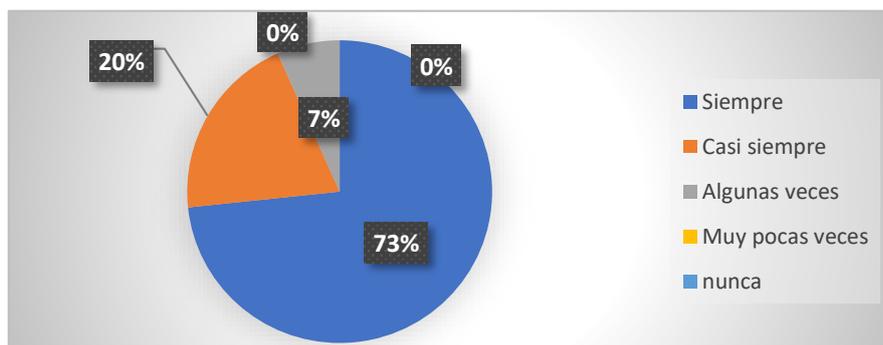
8. ¿Durante su el sueño ha observado si su hijo permanece con la boca abierta?

Tabla. 17 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	11	73%
2	Casi siempre	3	20%
3	Algunas veces	1	7%
4	Muy pocas veces	0	0%
5	nunca	0	0%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 34 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 11 padres de familia contestaron que siempre han observado que sus hijos abren la boca a la hora de dormir, los cuales equivalen al 73%, mientras que 3 padres contestaron que casi siempre representando el 20%, 1 padre dijo que algunas veces siendo este el 7%.

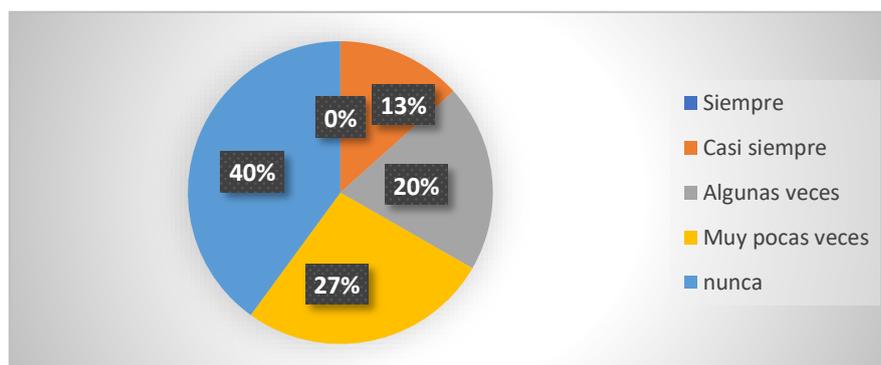
9. ¿Ha observado con qué lado de la boca mastica más su hijo?

Tabla. 18 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	0	0%
2	Casi siempre	2	13%
3	Algunas veces	3	20%
4	Muy pocas veces	4	27%
5	nunca	6	40%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 31 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 6 padres de familia contestaron que nunca ha observado de qué lado mastica su hijo, los cuales equivalen al 40%, mientras que 4 padres contestaron que su hijo mastica con el lado derecho representando el 27%, 3 padres dijeron que masticaba con el lado izquierdo siendo este el 20%, y 2 padres contestaron que casi siempre reflejando el 13%.

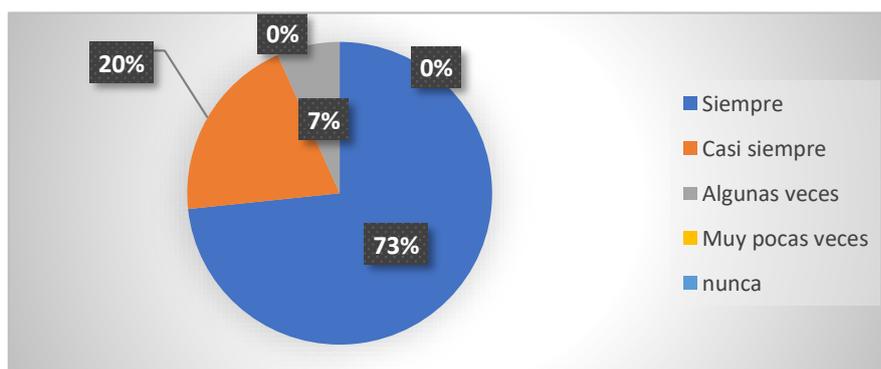
10. ¿Considera Ud necesario realizar una guía de ejercicios complementarios a la terapia miofuncional para padres de niños que presentan labio y/o paladar?

Tabla. 19 Encuesta

Ítem	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
1	Siempre	11	73%
2	Casi siempre	3	20%
3	Algunas veces	1	7%
4	Muy pocas veces	0	0%
5	nunca	0	0%
	Total	15	

Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Figura. 34 del Gráfico Encuesta



Fuente: Hospital del niño “Francisco de Ycaza Bustamante”
Elaborado: Katherine Estacio P. y Karla Velásquez B.

Mediante este gráfico podemos evidenciar que 11 padres de familia contestaron que siempre Consideran necesario realizar una guía de ejercicios complementarios a la terapia miofuncional para padres de niños que presentan labio y/o paladar fisurado, los cuales equivalen al 73%, mientras que 3 padres contestaron que casi siempre representando el 20%, 1 padre dijo que algunas veces siendo este el 7 %.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

“Guía de Ejercicios Complementarios a la Terapia Miofuncional Dirigida a Padres de Niños con Fisura Labiopalatina”

La elección de realizar una guía fue debido a la observación de las necesidades que tienen los padres por falta de información al momento de abarcar el tratamiento apropiado para su hijo en el área del lenguaje, tras el proceso de rehabilitación (queiloplastia a los tres meses y palatoglosia al año y medio). Nuestro fin fue brindar al padre una herramienta, en la que se expuso nuestro rol en cada etapa de este proceso, cabe recalcar que esta guía no estuvo destinada para sustituir al terapeuta del lenguaje, sino para acompañar con ejercicios complementarios el trabajo que hace el profesional.

La satisfacción de nuestro trabajo fue el resultado obtenido en el transcurso de estos cuatro meses de elaboración del proyecto de titulación, mediante el cual se vio el compromiso asumido por los padres de familia, que aplicaron cada aprendizaje en sus hijos siguiendo nuestras instrucciones. Es importante destacar, que el resultado de esta investigación fue medido a través del aprendizaje del padre y la eficiencia con la que lo ejecutó en su hijo, mas no, el logro de la destreza adquirida por el niño en cada ejercicio, ya que para obtener ese tipo de resultado es necesario un tiempo más prolongado destinado a la intervención.

Cabe recalcar mencionar que la atención a los padres de familia se realizó en el hogar de los mismo, debido a factores de disponibilidad de los pacientes y del tiempo del proyecto.

Justificación

A través de una encuesta realizada a los padres de familia, mediante la cual, se expusieron preguntas sobre el rol y la importancia del terapeuta del lenguaje en los dos

primeros años de vida del niño con labio y/o paladar fisurado, se evidenció la falta de conocimiento acerca del trabajo de dicho profesional y de la importancia de una intervención precoz y adecuada.

La propuesta presente tuvo como finalidad, después de evaluar la situación actual, la elaboración de una guía de ejercicios complementarios motores oro- faciales para padres de niños que presentan labio y/o paladar fisurado y alteraciones en la deglución y la alimentación, en el que se desarrolló ejercicios de postura, respiración y praxias seleccionados acorde a la necesidad de los usuarios intervenidos. Dentro de este contenido, se describe de forma detallada el proceso de intervención del terapeuta del lenguaje, así como, los ejercicios que se realizarán en casa explicados y demostrado previamente por el terapeuta.

Introducción

El labio y/o paladar fisurado es una condición que se ve, se siente y se escucha, la cual afecta todos los ámbitos de la vida, tanto del niño como de los familiares, es por ello, que se debe abordar de forma precoz el tratamiento interdisciplinario, dentro del cual se encuentra la terapia del lenguaje.

El terapeuta del lenguaje abarca en su intervención del niño con fisura labiopalatina; orientación a los padres para la alimentación adecuada del bebé, y terapia miofuncional. La información contenida en esta guía enfatiza la importancia de la continuidad del trabajo en conjunto con la colaboración y compromiso de los padres en el hogar, de ahí que se brinden ejercicios que los padres pueden realizar en casa durante las actividades de la vida cotidiana.

El contenido será explicado y demostrado por el profesional previo a ser practicado por el padre, en sesiones donde estará presente, de tal manera podrá despejar sus dudas sobre el procedimiento. Recordemos que hay que seguir un protocolo y seguimiento para ayudar a una

óptima recuperación, no solo es la cirugía sino todo el proceso de rehabilitación y apoyo brindado por médicos y terapeutas.

Objetivos

General

Establecer ejercicios complementarios de la terapia miofuncional que ayuden al buen funcionamiento de la musculatura orofacial y los órganos bucofonatorios de niños con labio y/o paladar fisurado.

Específicos

- ✚ Describir el sustento teórico para cada ejercicio
- ✚ Clasificar los ejercicios complementarios por área muscular que debe ser trabajada.
- ✚ Valorar la reproducción de los ejercicios por parte del padre.



**GUÍA DE EJERCICIOS
COMPLEMENTARIOS A LA TERAPIA
MIOFUNCIONAL DIRIGIDA A PADRES DE
NIÑOS CON FISURA LABIOPALATINA**

Terapia del Lenguaje

Septiembre 2017

**AUTORAS
KATHERINE ESTACIO PRECIADO
KARLA VELÁSQUEZ BAÑO**

Introducción

El labio y/o paladar fisurado es una condición que se ve, se siente y se escucha, la cual afecta todos los ámbitos de la vida, tanto del niño como de los familiares, es por ello, que se debe abordar de forma precoz el tratamiento interdisciplinario, dentro del cual se encuentra la terapia del lenguaje.

El terapeuta del lenguaje abarca en su intervención del niño con fisura labiopalatina; orientación a los padres para la alimentación adecuada del bebé, y terapia miofuncional. La información contenida en esta guía enfatiza la importancia de la continuidad del trabajo en conjunto con la colaboración y compromiso de los padres en el hogar, de ahí que se brinden ejercicios que los padres pueden realizar en casa durante las actividades de la vida cotidiana.

El contenido será explicado y demostrado por el profesional previo a ser practicado por el padre, en sesiones donde estará presente, de tal manera podrá despejar sus dudas sobre el procedimiento. Recordemos que hay que seguir un protocolo y seguimiento para ayudar a una óptima recuperación, no solo es la cirugía sino todo el proceso de rehabilitación y apoyo brindado por médicos y terapeutas.

Labio y /o paladar

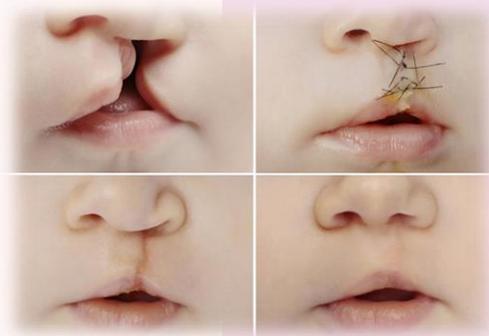
fisurado



Fuente: <https://www.doctorameli.com/cir>

El labio y / o paladar fisurado, más

Figura. 36. Operación de FLP

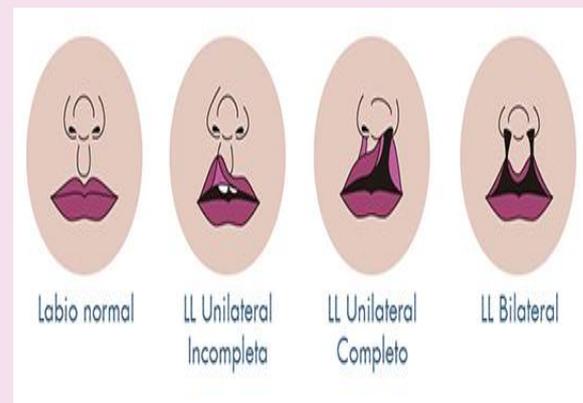


Fuente: <https://www.doctorameli.com/> conocido como labio leporino, es una de las malformaciones congénitas oro-faciales más comunes, que afecta a 1 de cada 750 nacidos vivos, de los cuales el 25% padecen paladar hendido, el 25% labio leporino y un 50% ambos, puede presentarse solo o estar asociado a un síndrome.

Se produce en el periodo embrionario, alrededor de la 4ta a la 12va semana de

gestación, en esta etapa se da la fusión de los bloques que constituirán la cara, boca, lengua, nariz y el paladar, si este desarrollo no se completa, debido alguna

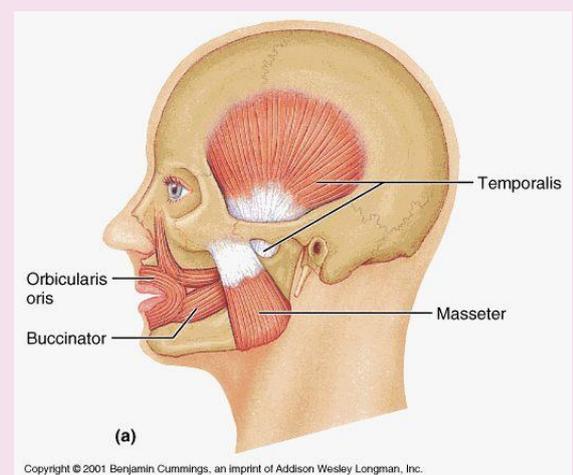
Figura. 37. Clasificación de FLP



Fuente: <https://www.doctorameli.com/cirugia-interferencia-ambiental-o-genetica-provoca-una-fisura-palatina-unilateral-o-bilateral-labio-fisurado-unilateral-o-bilateral-o-ambas>.

La detección es a través del ultrasonido. El tratamiento está a cargo del equipo

Figura. 39. Músculos de la masticación



Fuente: <https://www.doctorameli.com/cirugia>

multidisciplinario como es el pediatra, cirujano, psicólogo, otorrinolaringólogo y terapeuta del lenguaje. La primera intervención quirúrgica es de los 3 a 6 meses de edad para la corrección del labio y de los 12 a 18 meses la del paladar.

Los niños con paladar fisurado no sintomático tienen los reflejos de succión y deglución intactos, sin embargo, el mecanismo de succión se ve afectado debido a la falta de presión que se necesita hacer para lactar, por lo que se requiere

Figura. 38. Posiciones para lactancia

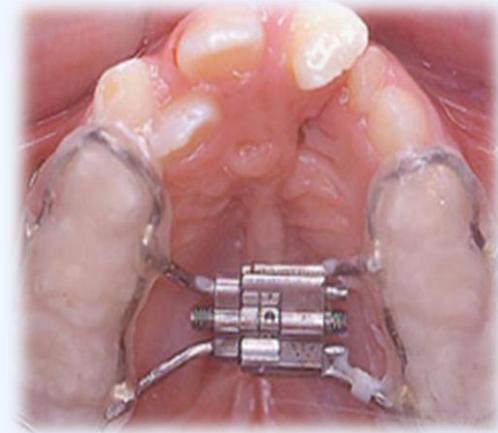


Fuente: <https://www.doctoremeli.com/cirugia-asistencia-profesional-para-brindar-ayuda-a>

los padres en el proceso de lactancia materna o bien para la utilización de la debilidad en el paladar blando; y del mismo modo el niño y sus familiares

tetinas especiales con la finalidad de alimentar al bebé.

Este cuadro clínico, como es el labio y/o paladar



fisurado, trae consigo complicaciones tales como: la alimentación, defectos en el crecimiento dentario, habla y lenguaje, y problemas psicológicos. En la alimentación se observa un debilitamiento de los músculos de la masticación. Como consecuencia de la fisura y de las reconstrucciones de la misma, se podrá notar alteraciones en el crecimiento y desarrollo de las piezas dentarias; por lo que el tratamiento odontológico consiste en evaluar la situación y colocar la placa ortopédica adecuada.

En cuanto al lenguaje se producirá en un futuro una voz nasalizada debido

Fuente

deberán tener apoyo psicológico ya que la fisura labio palatina es una deficiencia que se ve, se siente y se escucha.

Figura. 41. Familia con niño con FLP



Tom

Fuente:<https://www.doctorameli.com/cirugia-plastica-infantil/labio-ando>

en cuenta todos estos factores mientras más temprano se efectúe el tratamiento integral habrá una mejor proyección corporal, aceptación del mismo, logrando una interacción social.

EL ROL DEL TERAPEUTA DEL LENGUAJE EN NIÑOS CON LABIO Y / O PALADAR FISURADO

La terapia del lenguaje es la disciplina encargada del estudio, el diagnóstico, la rehabilitación y la prevención de las deficiencias del habla, lenguaje y voz, así como de funciones asociadas donde se encuentra la respiración, deglución y alimentación.

El rol del terapeuta del lenguaje en niños con labio y / o paladar fisurado comienza desde el nacimiento con la estimulación y el abordaje de técnicas adecuadas para la succión, evitando regurgitaciones, reflujo y aspiraciones.

Figura. 42. Posición para dar el biberón FLP

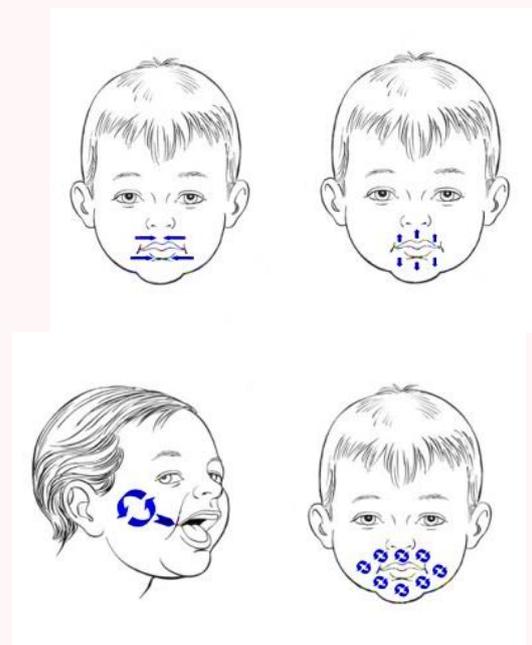


Fuente: <https://www.doctorameli.com/cirugia->

**Posición semisentada
para evitar regurgitaciones**

Más adelante, tras las intervenciones quirúrgicas deberá centrarse en la estimulación de las funciones orales mediante la sensorización, que hace referencia al envío de información proveniente del exterior al cerebro para crear sensaciones y ubicación de los órganos como la lengua, labios, mejillas entre otros.

Figura. 43. Masajes orofaciales



Fuente: <https://www.doctorameli.com/cirugia-plastica-infantil/labio-leporino-y->

Masajes oro-faciales

En el transcurso del tratamiento la terapia va dirigida al correcto desarrollo de los músculos oro- faciales involucrados en la deglución y alimentación. A diferencia de la succión y deglución que son funciones reflejas, la masticación es un proceso aprendido, que en estos niños se ve afectada su funcionalidad, esta depende de factores como: la maduración del sistema nervioso central, el crecimiento del espacio de la boca y la erupción de los dientes, entre otros. Durante este proceso es fundamental que el niño tenga la

posibilidad de experimentar estímulos diferentes como el cambio de textura de los alimentos y el uso de juguetes u objetos que puedan ser llevados a la boca.

Por esta razón el tratamiento del terapeuta del lenguaje está enfocado en la Terapia Miofuncional (TMF), la cual se entiende como el conjunto de procedimientos y técnicas que ayudan a corregir el desequilibrio de la musculatura oro facial creando nuevos hábitos orales que favorecen las funciones de la deglución, alimentación y el lenguaje.

Figura. 44. Estimuladores Orales



Fuente:<https://www.doctoremeli.com/cirugia-plastica-infantil/labio-leporino-y->

La presente guía tiene como objetivo brindar a los padres ejercicios complementarios a la terapia Miofuncional, que es realizada por el Terapeuta del Lenguaje. Previamente se capacitará a los padres, donde se les enseñará la forma correcta de ejecutar cada ejercicio, indicando el tiempo y la cantidad de veces que deba ser repetido cada uno de ellos.

Cabe recalcar que los padres de familias se convertirán en los co-terapeutas, por ende, asumirán el compromiso de hacer los ejercicios con responsabilidad y constancia, para así lograr ver resultados favorables para el niño y sus familiares. Estos ejercicios se pueden realizar en cualquiera de las actividades cotidianas que haga el niño como por ejemplo la hora de la comida, el baño, el momento de juego, entre otros.

Es importante mencionar que la efectividad de esta propuesta consiste en la realización de pocos ejercicios bien ejecutados, donde logremos respuestas musculares y funcionales óptimas, sin que el niño pierda el interés.



**EJERCICIOS PARA
REALIZAR EN CASA**

POSTURA

Cuando hablamos de tener una buena postura, nos referimos que debemos colocar correctamente nuestros huesos, ayudando así a que los músculos, ligamentos y articulaciones puedan funcionar sin problema alguno. Es importante concienciar sobre la postura de nuestro cuerpo ya que esto influye hasta en la posición y funcionamiento correcto de nuestros órganos. Tener una postura correcta es tan importante como comer bien, respirar sin complicación o dormir lo suficiente para tener una vida saludable.

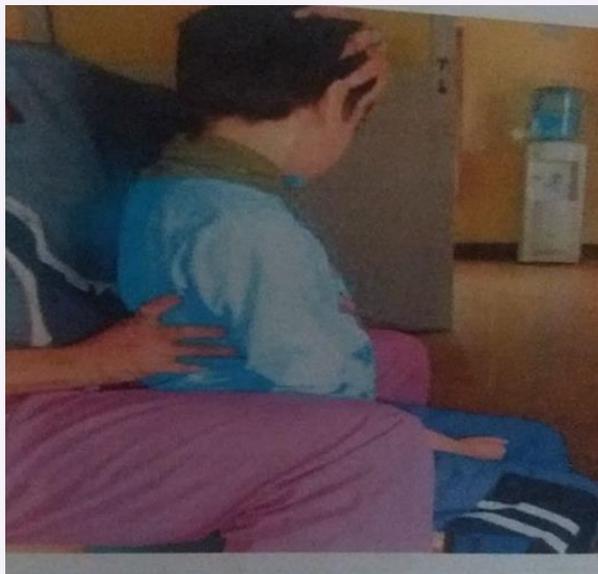
Ejercicios de postura

Estos ejercicios son dados con la finalidad de que mantenga la postura correcta de su hijo, y así poder facilitar el resto de ejercicios que se desarrollan en la terapia.

1. Espalda recta

Colocar al niño sentado en una silla, ayudándolo a tener la espalda recta y apoyada en el respaldar de la silla.

Figura. 45. Postura



Fuente: Método IOPS

1. Cabeza alineada

A la hora de la comida, el padre tendrá que procurar que el niño mantenga la espalda recta y cabeza alineada, podrá ayudar a su hijo colocando la mano detrás del cuello, para así evitar que el niño baje mucho la cabeza.

Figura. 46. Postura



Fuente: Método IOPS



RESPIRACIÓN

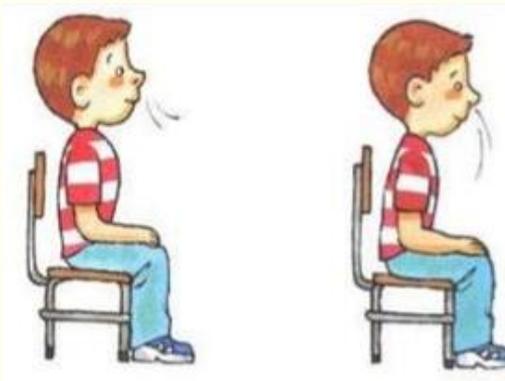
La respiración es importante debido que ayuda a obtener un desarrollo adecuado de los órganos que interviene en el habla, ya que al tener una respiración nasal va a producirse un cierre mandibular y labial manteniendo la lengua dentro de la cavidad bucal, por el contrario si el niño

persiste en mantener una respiración bucal, por hábito, se produce debilidad muscular, un crecimiento inadecuado de la cavidad bucal y nasal; referente al lenguaje va influir en la fonoarticulación de las palabras.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

1. Tomar conciencia de la nariz.

Figura. 47. Ejercicio de respiración



Fuente: <https://logopediadinamicaydivertida.blogs>

El niño deberá estar sentado frente al padre o madre, se le tocará la nariz diciéndole: esta es tú nariz con ella respiramos (mostramos que el aire entra y sale por la nariz poniendo la mano debajo de los orificios nasales), estornudamos (hacemos achís) y olemos; a continuación, se le dará oler una

fragancia como una crema o colonia. Para reforzar la actividad le pregunta ¿dónde está tu nariz? y la ¿mía? Mientras se lleva la mano del niño para que toque la nariz.

2. Experimentar la función respiratoria de la nariz

Figura. 48. Ejercicio de respiración



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blog>

En forma de juego se le pide al niño que imite la respiración de “conejo” le dice: inspirando (se coge aire) tres veces y exhalando (salida del aire) una vez arrugando la nariz, en el momento que se expulsa el aire se le coloca la mano del niño a la altura de su nariz para que sienta la salida del aire (también puede llevar la mano a la nariz del padre o madre).

**REPETICION
AYUDA AL NIÑO
LA NARIZ ES PARTE**

3. Juguemos a empañar el espejo

Figura. 49. Ejercicio de respiración



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blog>

se puede expulsar el aire por la boca.

Con un espejo de tamaño opcional se lo coloca frente al niño indicándole que inspire y expulse el aire por la nariz (vamos a coger aire y lo vas a sacar por la nariz), aprovechamos la sombra que se crea con el aire en el espejo para jugar haciendo puntitos, figuras o caminitos. Este ejercicio se puede realizar tapando de forma alternada los orificios de la nariz, también

4. Sostenimiento de un sorbete con la boca para estimular la respiración nasal

Figura. 50. Ejercicio de respiración



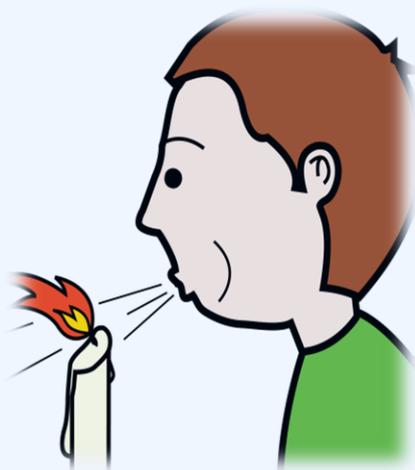
Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com.es/2016/03/ejercicios->
motivará para hacerlo cada vez mejor.

5. El niño sostendrá con los dientes un sorbete, y el padre o la madre deberá con el dedo índice tapar un orificio de la nariz para que inspire el aire (se contará 3 segundos) y se retirará el sorbete de la boca, al mismo tiempo se taparan los dos orificios para lograr que el niño expulse el aire por la boca.

6. Recuerde que cada logro deberá celebrarlo con su hijo, ya que esto lo

REPETIR DE TRES A CUATRO VECES. EL NIÑO APRENDERÁ A QUE EL AIRE TAMBIÉN SE EXPULSA POR LA NARIZ

Figura. 51. Ejercicio de respiración



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com.es/2016/03/ejercicios->

7. Colocaremos una vela frente al niño con una distancia de 15 centímetros tomando las medidas de precaución, y ayudándose con la canción “Feliz cumpleaños” se le dice al niño: (vamos a soplar la vela) y se le indicará que coja aire por la nariz para poder expulsarlo por la boca. Hay que tener en cuenta que no logrará apagar la vela, pero el fin de este ejercicio es que la llama se mueva, también se puede utilizar otros materiales como: pluma de aves,

bolitas y tiras de papel.

PRAXIAS

Las funciones como la masticación y deglución utilizan los músculos de la cara, los cuales intervienen en el habla y lenguaje del niño, por ende, es necesario que se acompañen de movimientos, llamados praxias, que preparen y mantengan el trabajo realizado por el profesional en terapia del lenguaje, a través de la terapia

miofuncional. En fin, abordar la corrección de las funciones antes mencionadas supone en primer lugar trabajar la musculatura para conseguir un tono y movilidad adecuados. Los siguientes ejercicios fueron elegidos acorde a las necesidades específicas de los niños con labio y/o paladar fisurado.

IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR CON LAS PRAXIAS SE REALIZARÁN UNA SERIE DE MASAJES EN EL ÁREA DE LOS LABIOS.

POR SESIÓN SE DEBE ELEGIR DOS DE LOS SIGUIENTES MASAJES

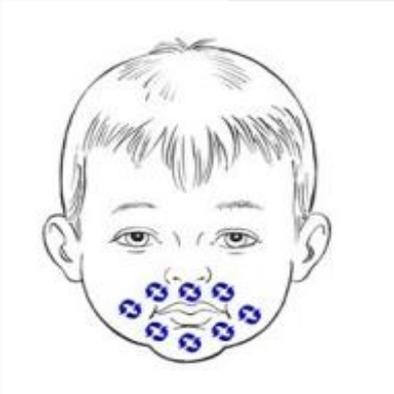
Figura. 52. Masajes faciales



Fuente: <https://logopediadina>

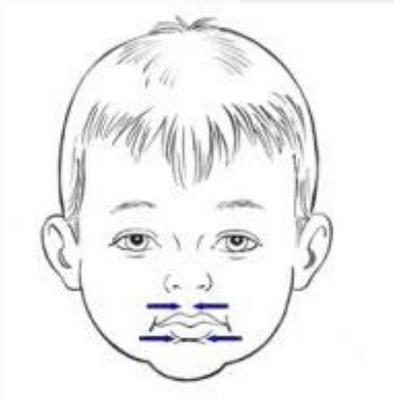
1. En la zona de la mejilla se realizan 3 círculos y se baja con el dedo índice hacia la comisura del labio, esto también se realiza por dentro de la boca se repetirá 3 veces

Figura. 53. Masajes faciales



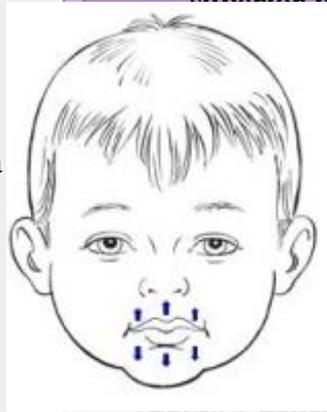
Fuente: <https://logopediadinamica>

Figura. 54. Masajes faciales



Fuente: <https://logopediadinamica>

Figura. 55. Masajes faciales



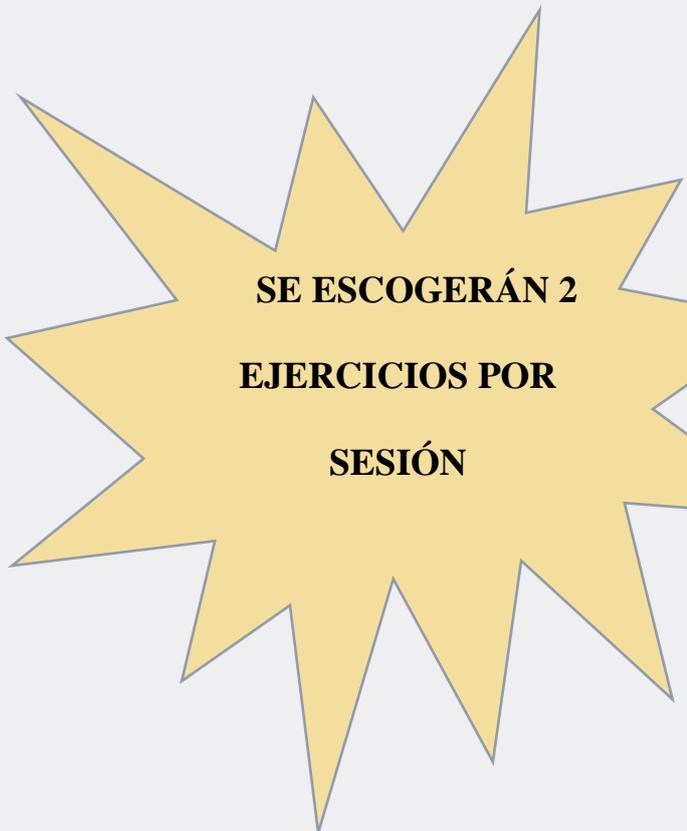
Fuente: <https://logopediadinamica>

2. En la zona de los labios se coloca el dedo índice y se lo mueve en círculos pequeños y con movimientos suaves se cuenta hasta 10, haremos esto alrededor de los labios como indica la imagen.

4. Se coloca un dedo índice en el borde del labio superior para sujetarlo y con el otro dedo índice repetirá 3 veces, movimientos rápidos y delicados en la nariz, se hace en tres puntos lado izquierdo- derecho del labio y contamos hasta 10. Se coloca el dedo índice y pulgar en las comisuras inferior el movimiento será en dirección al labio superior y en movimiento hacia la barbilla. Se juntan los dedos de tal manera que el labio hace la forma de piquito repetirá 3 veces

se cuenta hasta 10, haremos esto en el labio superior e inferior. repetirá 3 veces

PRAXIAS LABIALES



1. Besos volados

Figura. 56. Praxias labiales



Fuente:<https://logo>

La madre le dirá, acompañando de gestos la explicación, al niño mira: “este el pececito (se le muestra la imagen o juguete) y ellos hacen la boca así (la mamá cierra la boca haciendo piquito y la abre de forma exagerada) le pedirá al niño que la imite, la madre lo ayudará colocando el dedo índice y pulgar en cada lado de la comisura para hacerle piquito, acompañará el movimiento con el sonido del beso “ muak”.



**CADA EJERCICIO
REPETIRÁ 3 A 5**

¡Sonrisa sonrisa!

Figura. 57. Praxias labiales



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot>

Colocados frente a frente con el niño la madre le dirá: “que feliz estoy y cuando yo estoy feliz sonrió haber enseñame tú como sonríes... oh que bonita sonrisa tienes”. La madre ayudará al niño colocando el dedo índice y pulgar en cada lado de la comisura y

estirará con suavidad hasta que haga una sonrisa. También se puede decir que nos enseñe los dientes, que haga “iiiiii” como cuando nos lavamos los dientes. Todo dependerá de la dinámica, el objetivo es hacer que disfrute de la actividad.

2. Saboreemos la mermelada

El padre colocará en los labios de su hijo mermelada, miel o leche condensada; lo que más le guste al niño, y le dirá que chupe los labios, logrando retirar el alimento.

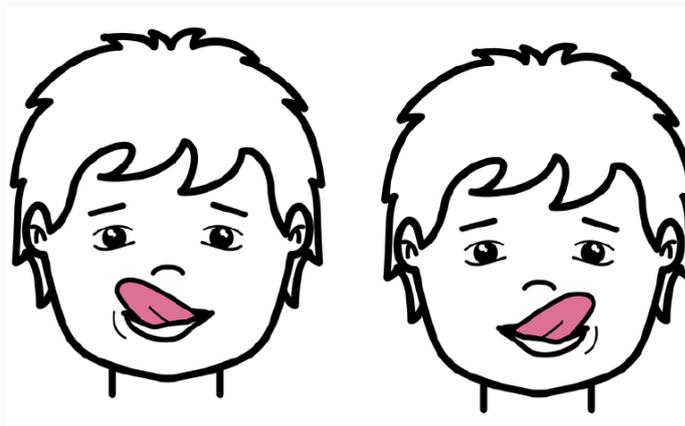
Si el niño no puede mover la lengua podemos utilizar de un palillo de helado para ayudar a mover la lengua en la dirección deseada

3. Sostén el sorbete con la boca

El padre le colocará un sorbete sobre el labio superior (zona del bigote) y le pedirá al niño que eleve el labio tratando de tocar la nariz, para lograr que no se caiga el lápiz. Recuerde celebrar el logro de su hijo.

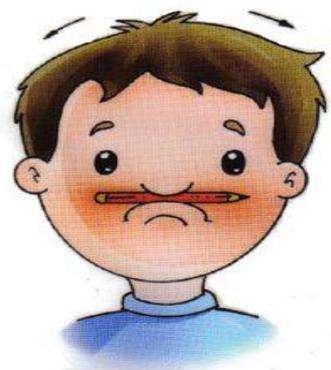
Con el lápiz realizamos movimientos circulares sobre el labio superior simultáneamente con el dedo índice llevamos el labio superior hacia arriba

Figura. 58. Praxias labiales



Fuente: <https://logopediadinamicaydivertida.blogspot>

Figura. 59. Praxias labiales



Fuente: <https://logopediadinamicaydive>

4. **boquita de abuelita/o.** A través del juego se le pedirá al niño que esconda los labios entre los dientes.

Figura. 60. Praxias labiales



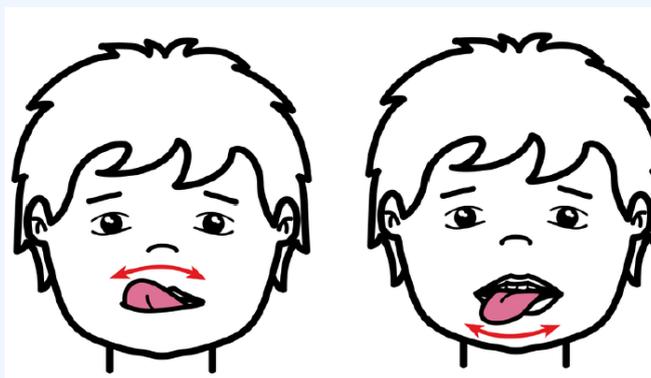
Fuente:<https://logopediadinam>

PRAXIAS LINGUALES

1. Elevemos la lengua

Colocar mermelada, yogurt o leche condensada sobre el labio superior (zona del bigote) del niño, el padre le dirá al niño que lleve la lengua hacia arriba y que lama el alimento que fue colocado en dicha zona. Recuerde que puede colocar lo que le guste a su hijo para que el ejercicio sea de mayor agrado del niño.

Figura. 61. Praxias labiales

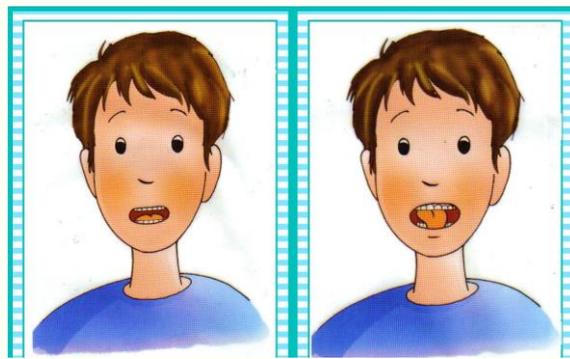


Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

2. Limpiemos los dientes

A través de juego el padre le enseñará al niño a limpiar sus dientes, mediante la imitación el niño pasará su lengua por todos sus dientes y muelas como si las estuviera limpiando.

Figura. 62. Praxias linguales



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

3. Mmm Helado!

A través de un juego el padre le pedirá a su hijo que haga la lengua como si comiera un helado, donde el niño deberá meter y sacar la lengua.

Figura. 63. Praxias linguales

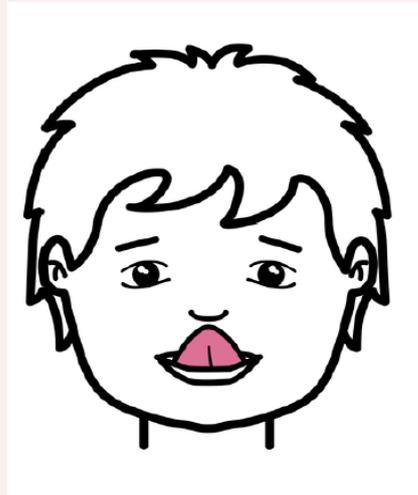


Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

4. Toquémonos la nariz

Esta actividad será realizada por imitación, el niño intentará tocar su nariz alzando su lengua. Recuerde que el padre deberá realizar el ejercicio primero para que el niño lo pueda hacer.

Figura. 64. Praxias linguales



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

5. Alcanza la paleta

Mediante juego el padre le colocará frente al niño una paleta o chupete a una distancia de 5 a 10 cm. Y le pedirá que alcance la paleta con su lengua. Puede celebrar el logro obsequiándole la paleta.

Figura. 65. Praxias linguales



Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.



PRAXIAS MANDIBULARES

Figura. 66. Praxias mandibulares



1. ¡Quién aguanta más!

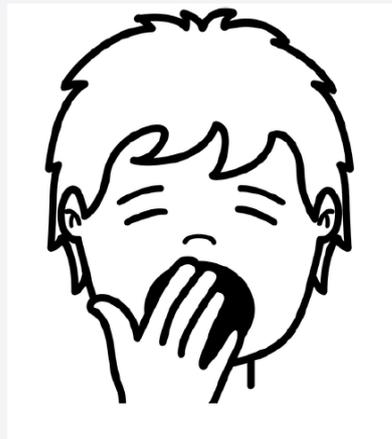
Mediante juego, el padre le dará a su hijo una gomita dulce larga y le dirá que gana quien la sostenga por más tiempo si no puede se le pondrá el dedo índice debajo de la barbilla y se cuenta 10 segundos y se suelta, se repite 3 veces.

Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

2. Vamos a dormir

En forma de juego y de imitación, la madre o padre le enseñará (si este es su caso) o le pedirá a su hijo que haga el bostezo, abriendo y cerrando la boca como un gran oso perezoso.

Figura. 67. Praxias mandibulares

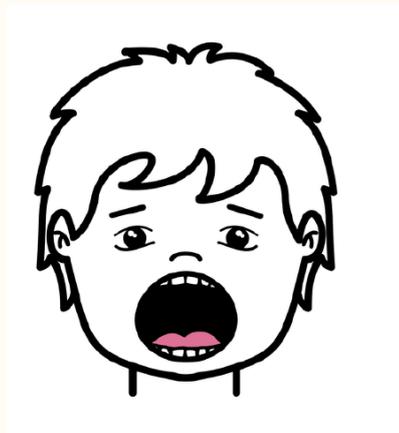


Fuente:<https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

3. Mordisco grande

El padre le dará al niño una fresa y le pedirá que haga un mordisco muy grande, seguido a esto deberá masticar la fruta con la boca cerrada (labios juntos).

Figura. 68. Praxias mandibulares



Fuente: <https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

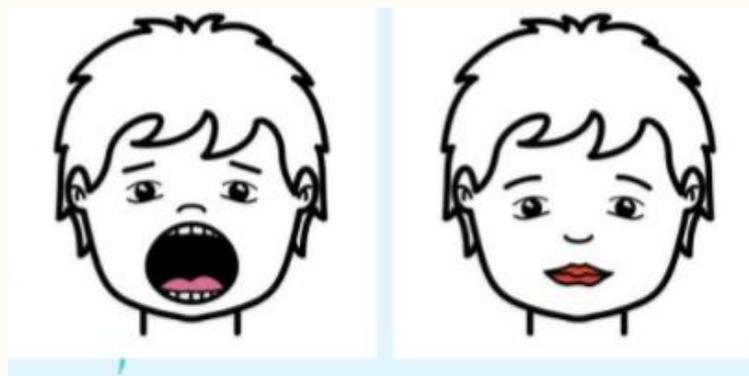
4. Abrir y

cerrar

la boca

A través de juego de imitación, el niño abrirá lentamente la boca y la cerrará despacio como en cámara lenta.

Figura. 69. Praxias mandibulares



Fuente: <https://logopediadinamicaydivertida.blogspot.com>.

Para trabajar la estimulación sensorial del paladar

Nos colocamos en el dedo índice un pañito suave y lo vamos remojar en agua fría y a continuación le pediremos al niño que abra la boquita y le vamos diciendo todo lo que hacemos. “Este es tu paladar en el techo de tu boca, sientes el frío ahí están las montañas de tu paladar (las arrugas palatinas)” y lo invitaremos a subir la lengua donde sienta el frío.

Este ejercicio lo podemos hacer con diferentes texturas, temperaturas (no con agua caliente) y sabores para que el niño vaya conociendo su boquita.

RECUERDE QUE LOS NIÑOS APRENDEN POR IMITACIÓN, POR ELLO, LO MÁS APROPIADO ES REALIZAR EL EJERCICIO PRIMERO EN UD, LUEGO ACOMPAÑE A SU HIJO Y POR ÚLTIMO DEJAR QUE SU NIÑO LO INTENTE SOLITO

Conclusión

- ✓ La elección de tema de investigación se basa en un problema previamente observado o del cual se tiene conocimiento, es importante delimitar el problema para no desviarnos de nuestro propósito.
- ✓ La elaboración y preparación la bibliografía, análisis de la metodología y elección de los materiales válidos y confiables con los que se efectuó la recolección de datos fue la parte más ardua de todas las fases del trabajo de investigación, ya que supone el éxito de la misma.

- ✓ La organización y planificación de actividades fueron clave en la realización de este trabajo pues ayudó a efectivizar el tiempo que nos llevó a cumplir con los objetivos planteados en nuestra propuesta.
- ✓ El dialogo con los pacientes, en este caso el padre de familia es fundamental ya que su colaboración facilitó nuestro trabajo, y el informarlos de nuestro procedimiento y del tiempo con el que contábamos nos ayudó que se comprometieran con las actividades realizadas.
- ✓ Durante la recolección de datos en las pruebas que realizamos nos ayudó el hecho de organizar nuestro material en cada sesión, así evitamos que el niño se distraiga y pierda atención.

Recomendaciones

- ✓ La observación previa de la situación problema es fundamental para lograr delimitar bien el alcance de la investigación por ello se recomienda que los estudiantes realicen previamente sus prácticas en el lugar elegido para desarrollar el trabajo de titulación.
- ✓ Se recomienda realizar una búsqueda bibliográfica documental exhaustiva de las variables de investigación, así como buscar consultar a expertos en el tema que se vaya a ejecutar para que aporten con su experiencia al trabajo de titulación.

- ✓ Se recomienda elaborar una planificación de las actividades y marcarse metas cortas para poder cumplir con cada punto planteado en nuestra propuesta.
- ✓ Cuando se trabaje con padres de familia se recomienda hacer firmar un consentimiento informado donde quede por escrito la elaboración de nuestro trabajo, el tiempo y el compromiso por parte del padre a seguir las directrices del terapeuta del lenguaje en formación
- ✓ Para realizar evaluaciones se recomienda preparar los materiales que se van a utilizar durante la prueba, así como aprenderse la evaluación para evitar demoras que propicien que el paciente pierda el interés y la atención en la actividad.

Bibliografía

- Cuadrado, M. (2014). *PREVALENCIA DE FISURA LABIOPALATINA Y FACTORES DE RIESGO, HOSPITAL FRANCISCO ICAZA BUSTAMANTE*,. Guayaquil, Ecuador.
- Akré, J. (2012). En J. Akré, *Alimentación Infantil: Bases fisiológicas* (pág. 89). Brasilia: Masson.
- Aula Fresenius Kabi. (2014). *Abordaje Integral de la Disfagia y Tratamiento Nutricional Adaptado*.
- Bianchini, E. (2012). Masticación y ATM. En I. Queiroz, *Fundamentos de Fonoaudiología* (págs. 40 - 57). Sao Paulo: Guanabara - Koogan.
- Bianchini, E. (2013). Articulación Temporomandibulares; Implicaciones, Limitaciones y posibilidades de terapia del habla. En *Fundamentos de la anatomía y biomecánica* (págs. 53-80). Barueri: Pro-fono.
- Castells, M. (2012). Terapia miofuncional y logopedia. *Revista logopédica*, 1-8.
- Comité de Motricidad Orofacial Brasileño. (2012). Comité de Motricidad Orofacial. *Fonoaudiología*, 20.
- Corbin- Lewis, K., Liss, J., & Sciortino, K. (2012). *Anatomía clínica y fisiología del mecanismo de la deglución*. Sao Paulo: Cengage Learning.
- Díaz, Y. (2007). Repercusión de alteraciones del proceso de la deglución en la comunicación. La Habana, Cuba.
- Douglas, C. (2006). *Fisiología aplicada a la fonoaudiología*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Felicio, C. (2013). Desordenes temporomandibulares. En C. Felicio, *Fonoaudiología y los desordenes temporomandibulares* (págs. 170- 179). Sao Paulo: Pancast.

- Fernandez, C. (2014). capitulo 8 Selección de la muestra. En R. S. Hernández , C. fernández , & P. Baptista, *Metodología de la Investigación* (págs. 170-180). México: Mc Graw Hill Education.
- Ferreire, Z. (2012). Fisuras: Evaluación y terapia. En I. Queiroz, *Fundamentos de Fonoaudiología* (págs. 84-89). Sao Paulo: Guanabara - koogan.
- Fundación del paladar hendido. (2009). *Alimentando a su bebe*. Carolina del Norte.
- Garcia Vaquero, C., Graterol, D., & García, M. (2012). Malformaciones congénitas y adquiridas de la cavidad oral y faringe. hendiduras labiopalatinas. En S. E. cervico-facial, *Libro Virtual de Fonación en Otorrinolaringologo* (págs. 50-62). Barcelona: Panamericana.
- Madeira, M. (2012). *Bases anatomicas para la practica dental*. Sao Paulo: Sarvier.
- Marchesan , I. (2013). En I. Marchesan , *Motricidad oral: vison del trabajo del fonoaudiologo con otras especialidades* (págs. 61- 71). Sao Paulo: Pancast.
- Marchesan, I. (2012). Deglución diagnóstico y posibilidades terapéuticas. En I. Marchesan, *Fundamentos de fonoaudiología* (págs. 58-67). Sao Paulo: Guanabara Koogan.
- Marchesan, I. (2012). Evaluación y terapia de los problemas de la respiración. En I. Marchesan, *Fundamentos de fonoaudiología* (págs. 25-40). Sao Paulo: Guanabara koogan.
- Molina, O. (2012). En O. Molina, *Fisiopatología craneomandibular* (págs. 590-595). Sao Paulo: Pancast.
- OMS. (abril de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Padovan, B. (2011). *Deglución: Motricidad orofacial*. Sao Jose Campos: Pulso.
- República, C. P. (2016). Ley orgánica del Ecuador. En A. d. Ecuador, *Ley orgánica del Ecuador* (pág. art 23 numeral 20). Quito.

- Tanigute, C. (2012). Aspectos clínicos de la motricidad oral. En I. Queiroz, *Fundamentos em fonologia* (págs. 1-6). Rio de Janeiro: Guanabrar - Koogan.
- Toledo, N., & Dalva, L. (2012). Componentes del aparato estomatognatico. En N. toledo, & L. Dalva, *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitacion orofacial* (págs. 1-14). Sao Paulo: Masson.
- Toledo, N., & Dalva, L. (2012). Enfoque Logopédico: fisuras palatinas. En N. Toledo, & L. Dalva, *Logopedia y Ortopedia maxilar en la Rehabilitación. Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional* (págs. 77-96). Barcelona: Masson.
- Valdes, V., Sanchez, A., & Labbok, M. (1996). Manejo clínico de la lactancia. En a. e. lactante, *Manejo* (págs. 1-25). Rio de Janeiro: Revinter.
- Vinha, V. (1999). En V. Vinha, *Libro de lactancia* (pág. 91). Sao Paulo: Baliero.
- Yu, W., Serrano, M., Miguel, S., Ruest, L., & Svoboda, K. (2013). fisura de labio y paladar genética y aplicación en desarrollo embriológico temprano. *indian journal of plastic sugery*, págs. 35 - 50.

ANEXOS

Presupuesto

Tabla.21. Cronograma de actividades

Materiales	Cantidad	Valor unitario \$	Valor total \$
Libros	3	40.00	120
Palillos de helado	30	0.10	3,00
Jeringas	30	0.10	3,00
Guantes	30	0.25	7.5
Baja lengua	30	0.20	6,00
Mascarillas	20	0.10	2,00
Cucharas plásticas	30	0.10	3,00
Vasos plásticos	30	0.10	3,00
Estimuladores orales	3	25.00	75.00
Cepillo dental eléctrico	1	10.00	10.00
Servilletas	100	0.50	0.50
Compota	5	1.50	7.50
Zumo	5	0.80	4.00
Botella con agua	5	0.50	2.50
Copias	160	0.02	3.20
Viáticos	2	100	200
	TOTAL		450,20

RECURSOS

Recursos Humanos

Estudiantes: Katherine Estacio y Karla Velásquez

Docente tutor: Lic. José Benalcazar

Docente teórico: Psi. Cli. María Enireb

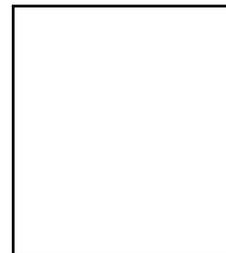
Consulta a expertos: Lic. Raúl Obando, Lcda. Karina Mayorga, Lcda. Cristina Quijije y Lcda. Fátima Piña

Número de pacientes: 15

Recursos materiales

Dentro de los recursos que utilizamos durante el proceso de elaboración del proyecto de titulación se encuentran: libros de fisioanatomía del sistema estomatognático, labio y/o paladar fisurado, logopedia y rehabilitación orofacial entre otros, así como, Las herramientas de evaluación como el método MECV-V y la anamnesis. Por otra parte, se usó estimuladores orales, cepillos eléctricos.

ÁREA DE TERAPIA DEL LENGUAJE
INFORME DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE
ANAMNESIS



1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ celular: _____

Derivado por: _____

Motivo de consulta: _____

Fecha de entrevista: ___/___/_____

Diagnóstico clínico:

Diagnóstico presuntivo del lenguaje:

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes del padre	
Nombre:	Ocupación:
Edad:	Lugar de trabajo:
Cédula:	Afiliación al IESS:
Escolaridad:	Antecedentes mórbidos:

Antecedentes de la madre	
Nombre:	Ocupación:
Edad:	Lugar de trabajo:
Célula:	Afiliación al IESS:
Escolaridad:	Antecedentes mórbidos:

Otros datos familiares	
N° de hermanos:	Persona responsable del cuidado del niño/a:
Lugar que ocupa en la familia:	Quién se dio cuenta del problema de comunicación:
Personas con las que vive:	Con quién se comunica mejor:

Enfermedades familiares (alergias, sinusitis, adenoides, patologías del oído...)

- Enfermedades paternas

- Enfermedades maternas

3. ANTECEDENTES PRENATALES

	i	o	N	Cuál/es
Embarazo planificado				
Método de planificación				
Desde cuándo se enteró que estaba embarazada				
Aceptación del embarazo				
Edad gestacional de la madre				
Tipo de embarazo (único, gemelar o múltiple)				
Control del embarazo				
Hábitos maternos durante el embarazo: alimentación, tabaquismo, consumo de alcohol,				

sustancias estupefacientes...			
Ingesta de medicamentos			
Antecedentes toxicológicos			
Estado emocional de la madre durante la gestación			
Evolución del embarazo			
Complicaciones (sangrado, amenaza de aborto, placenta previa, virus, enfermedades infecciosas, bacterianas, vaginales o/y de las vías urinarias, caídas, otras)			

4. ANTECEDENTES PERINATALES

	Causas / Características
Semanas de embarazo	
Tipo de parto	
Uso de anestesia o analgésicos	
Sufrimiento fetal	
Calificación Apgar	
Presencia de llanto (fuerte, débil, normal) / hipoxia	
Presentación del neonato (color, talla, peso...)	
Ameritó maniobras de reanimación especiales como (oxígeno, intubación, medicamentos):	
Hospitalización del neonato	

5. ANTECEDENTES POSNATALES

	Causas / Características
Tratamientos posteriores al parto	
Tamizaje neonatal: audición, talón	
Enfermedades importantes (encefalitis, meningitis, sarampión, poliomielitis, otras)	
Tipo de alimentación del RN (lactancia materna o artificial), Mixta Tiempo de alimentación	
Presencia de succión	
Uso de tetero / chupón	
Hospitalizaciones del RN	
Recibió todas las vacunas	
Recibió estimulación temprana	

6. ANTECEDENTES MORBIDOS DEL NIÑO

	Causa / características
Enfermedades (Resfríos frecuentes, Bronquitis obstructiva, Amigdalitis...)	
Accidentes, traumatismos, golpes en la cabeza...	
Medicamentos recibidos o tratamientos	
Ha tenido alguna cirugía (tipo de cirugía, hace cuánto tiempo, y si tuvo complicaciones)	

7. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

DESARROLLO PSICOMOTOR <i>¿a qué edad?</i>	
Control cefálico	
Se sentó	
Gateó	
Se paró	
Caminó	
Control de esfínteres	
DESARROLLO DEL LENGUAJE <i>¿a qué edad? / presencia</i>	

Sonrisa social	
Reacción a la voz (materna- paterna- familiar)	
Reacción a ruidos (fuertes - débiles)	
Imitación de gestos	
Gorjeos	
Baluceo	
Reduplicaciones	
Conciencia de su nombre	
Señala o indica objetos	
Primeras palabras	
Primeras oraciones	
Comprensión de prohibición	
Sigue consignas (simples, complejas, grupales)	
Nombra objetos	
Identifica personas	
Comprende relatos, cuentos, noticias...	
Responde en forma coherente a preguntas de la vida diaria	
Uso de pronombres	
Uso de preposiciones	
Uso de adjetivos	
DESARROLLO SOCIAL <i>presenta</i>	
Sonrisa social	

Llanto comunicativo (hambre, dolor, irritabilidad, incomodidad)	
Contacto visual	
Sonríe al acariciarlo	
Reacciona a voces o caras familiares	
Demanda objetos y compañía	
Manipula y explora objetos	
Intención comunicativa con su entorno	
Presencia de Juego individual - imaginativo	
Presencia de Juego grupal	
Respeto normas sociales	
Respeto normas escolares	
Muestra sentido del humor	
Pataletas frecuentes	

8. HÁBITOS

Succión digital		Onicofagia	
Succión/ mordisqueo labial		Bruxismo	
Succión/ mordisqueo lingual		Ronquido y/o sialorrea	
Succión de objetos		Dificultades en el sueño	
Succión de carrillos		Otros:	

HABITOS DE ALIMENTACIÓN			
Tipo de alimentación que prefiere (blandos – duros)		Protrusión lingual al recibir alimento	
Trozos de alimentos (pequeños – grandes)		Bebe demasiado liquido durante las comidas	
Forma de masticación con boca (abierta – cerrada)		Protrusión lingual al recibir el vaso	
Modo de masticación (normal, lenta, rápida)		Derrama liquido al beber	
Le cuesta tomar comprimidos		Hace buches antes de tragar	
Deja residuos en la boca		Sialorrea	

Observación (comportamiento del paciente durante la entrevista)

Fecha de Emisión: _____

Firma del responsable

Anamnesis miofuncional

Identificación:

Nombre: Apellidos:
 Fecha de nacimiento: Edad:
 Domicilio: Teléfono:
 Derivado por:
 Fecha:

Motivo de la consulta:

Antecedentes hereditarios o congénitos:

Antecedentes personales:

- Embarazo Parto:
- Pautas madurativas:
 Caminó Habló: Control de esfínteres:
 - Alimentación:
 Alimentación natural: hasta Alimentación Artificial: Hasta
 - Dificultad ante el cambio de alimentación: No Sí
 - Uso del chupete: No Sí Hasta
 - Enfermedades:
 Alergias Sinusitis Adenoiditis Amigdalitis
 Resfriados frecuentes Otitis o patologías de oído
 Otras:
 - Estudios ORL:
 - Otros estudios
 - Estuvo al cuidado de:
 Madre Otro familiar Guardería Otros
 Desde Hasta
 - Parafunciones o hábitos lesivos:
 Succión digital Succión o mordisqueo labial Succión o mordisqueo lingual
 Succión de carrillos Succión de objetos Onicofagia Bruxismo Enuresis
 Ronquido y/o babeo nocturno Dificultad en el sueño
 Otros:

Situación actual

• Dinámica familiar

• Escolaridad

• Hábitos de alimentación

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Tipos de alimentos que prefiere: | <input type="checkbox"/> Duros | <input type="checkbox"/> Blandos |
| Trozos de alimentos: | <input type="checkbox"/> Pequeños | <input type="checkbox"/> Grandes |
| Forma de masticación con la boca: | <input type="checkbox"/> Cerrada | <input type="checkbox"/> Abierta |
| Modo de masticación: | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Rápido |
| Saca la lengua al recibir el alimento: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Bebe demasiado líquido durante las comidas: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Saca la lengua al recibir el vaso: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Derrama líquido al beber: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Hace buches antes de tragar: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| Le cuesta tomar comprimidos: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

Otras observaciones de la madre (hace ruido al tragar, hace muecas o movimientos agregados, etc.):

.....

• Respiración:

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| Modo: | <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Mixto |
| Respiración bucal: | <input type="checkbox"/> Nocturna | <input type="checkbox"/> Diurna | <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Permanente |
| Babeo: | <input type="checkbox"/> Nocturno | <input type="checkbox"/> Diurno | |
| Ronquido: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| Boca seca: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| Halitosis: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| Resfriados frecuentes: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| Otitis: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| Practica algún deporte: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| Se cansa al correr: | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |

Actitud postural espontánea:

Pie plano, uso de plantillas:

Otros:

Operaciones pendientes:

• Language, habla y voz:

Dislalias:

Disfonía:

Otras alteraciones:

• Dentición:

Temporaria Mixta Permanente:

Nombre: Apellidos:
 Fecha de nacimiento: Edad:
 Domicilio: Teléfono:
 Ocupación:
 Derivado por:
 Fecha del examen:

Diagnóstico miofuncional:

Diagnóstico ortodóncico:

Examen muscular:

Escala de Cahupé. Puntuación: 5 (contra resistencia); 4 (sin oponer resistencia); 3 (no es capaz de realizar el movimiento)

1- Musculatura peribucal

• Orbiculares • Buccinadores

2- Musculatura Lingual

• Elevación • Descenso • Protrusión • Retrusión

3- Musculatura masticatoria

• Apertura • Cierre • Protrusión • Diducción(D)(I)

Examen exobucal:

• **Facie:** Normal Adenoidea (*) (**)

Otras características

• Patrón de crecimiento:

Tendencia mesofacial Tendencia dólicofacial (***) Tendencia braquifacial

• Labios en reposo: Competentes Incompetentes (*)

Labio superior:	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Largo
	<input type="checkbox"/> Hipotónico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertónico
Labio inferior:	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Largo
	<input type="checkbox"/> Hipotónico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertónico
	<input type="checkbox"/> Evertido		

• Frenillos labiales: Normal Alterado (***)

Superior Normal Alterado (***)

Inferior Normal Alterado (***)

- Movilidad labial: fruncir, estirar, elevar, descender, lateralizar: Normal Alterada (*)

- Contracción de musculatura perioral: No Sí

Ficha de evaluación miofuncional

• **Nariz:**

Narinas: Grandes Pequeñas Colapsadas Uni / bilateral (**)

Otras características:

• **ATM:**

Apertura:..... mm (con pie de rei) Normal Con laterodesviación

Cierre: Normal Con laterodesviación

Refiere: Bruxismo Briqueo o tensión mandibular(***)

Examen endobucal:

• **Lengua:**

Tamaño:..... Movilidad:..... Frenillo:..... Posición en reposo:.....

• Movilidad lingual (afinar, retruir, descender la base lingual): Normal Alterada (*)

• **Paladar óseo:**

Conformación: Normal Ojival (***)

Rugas: Indefinidas Definidas (*)

• **Paladar blando y úvula:**

Conformación: Normal Bífida Otras características:.....

• Encías: Normales Inflamadas Sangrantes (***)

• Dentición: Temporal Mixta Permanente

• **Arcadas dentarias: (***)**

Relació ántero-posterior: Clase I (normoclusión) Clase II (distoclusión) Clase III (mesioclusión)

Relación vertical: Normal
 Mordida abierta anterior lateral posterior
 Sobremordida Moordida cubierta

Relación transversal: Normal
 Mordida cruzada Unilateral Bilateral
 Laterodesviación mandibular

• **Piezas dentarias:**

Características normales Macrodoncia Microdoncia Diastemas

Otras características:.....

• **Aparatología ortodónica:** Fija Removible

• **Prótesis** Fija Removible

Funciones orofaciales:

1- RESPIRACIÓN:

• Tipo respiratorio: Costal superior (*) Costo-diafragmático Abdominal Mixto

• Modo respiratorio: Nasal Mixto Oral (*) (**)

- Reflejo de narinario de Godin (conformación de narinas):

Se dilatan Una Las dos

No se dilatan Una Las dos

- Espejo de Glatzer (permeabilidad nasal): Simétrico Asimétrico

- Prueba de Rosenthal:

	Sin dificultad	Con dificultad
Ambas narinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narina derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narina izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Escape nasal: No Sí Unilateral Bilateral

2- DEGLUCIÓN (*):

Deglución de:	Líquidos	Sólidos	Saliva
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interposición labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interposición lingual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empuje lingual superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empuje lingual inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empuje lingual lateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contracción peribucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Puntillado mentoniano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Contracción comisural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ambas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- MASTICACIÓN (*) (*):**

- Maseterina (normal) Temporal (alterada)
 Bilateral Unilateral
 Eficiente Ineficiente

4- ACTITUD POSTURAL (*):

- Normal Alterada

5- FONOARTICULACIÓN (*):

Dislalias: S R RR Otras:

Articulaciones de compensación: P B M T L N D Ñ LL CH Y

Voz (*):

- Normal Disfónica Coordinación fonorespiratoria

6- PRESENCIA DE HÁBITOS LESIVOS (*):

- No Sí ¿Cuáles?:

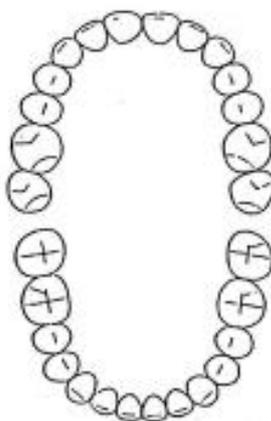
¿Han intentado corregirlos?

- No Sí ¿Cómo?:

Evaluación realizada por:

Técnica de Payne:

Ubicación de la lengua durante la deglución:



- Deglución normal Interposición lingual Interposición labial Ambas
 Otras:

METODO DE EXPLORACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING			
ALTERACIONES O SIGNOS DE LA SEGURIDAD										
	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	
TOS										
CAMBIO DE VOZ										
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA										
	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	
SELLO LABIAL										
RESIDUO ORAL										
DEGLUCION FRACIONADA										
RESIDUO FARINGEO										
EVALUACION FINAL	<p align="center">PACIENTE CON DISFAGIA A</p>									



70: Realización de anamnesis a madres de niños que presentan labio y/o paladar fisurados



Figura 71: Preparación del material para la evaluación del método MECV-V



Figura 72: Realización de la evaluación del método MECV-V (yogurt)

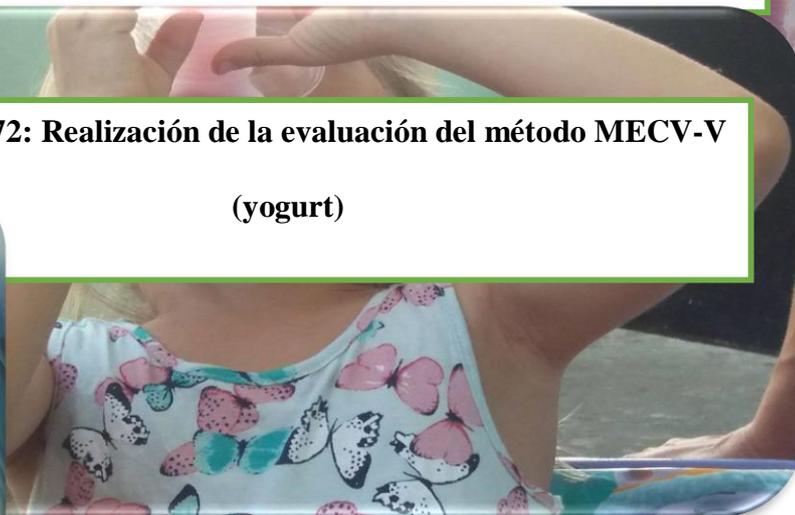




Figura 74: Aplicación de la Terapia Miofuncional: Masajes Orofaciales



Figura 75: Aplicación de la Terapia Miofuncional: Praxias linguales



Figura 76: Estimulación Palatina



Figura 79: Socialización con la paciente

