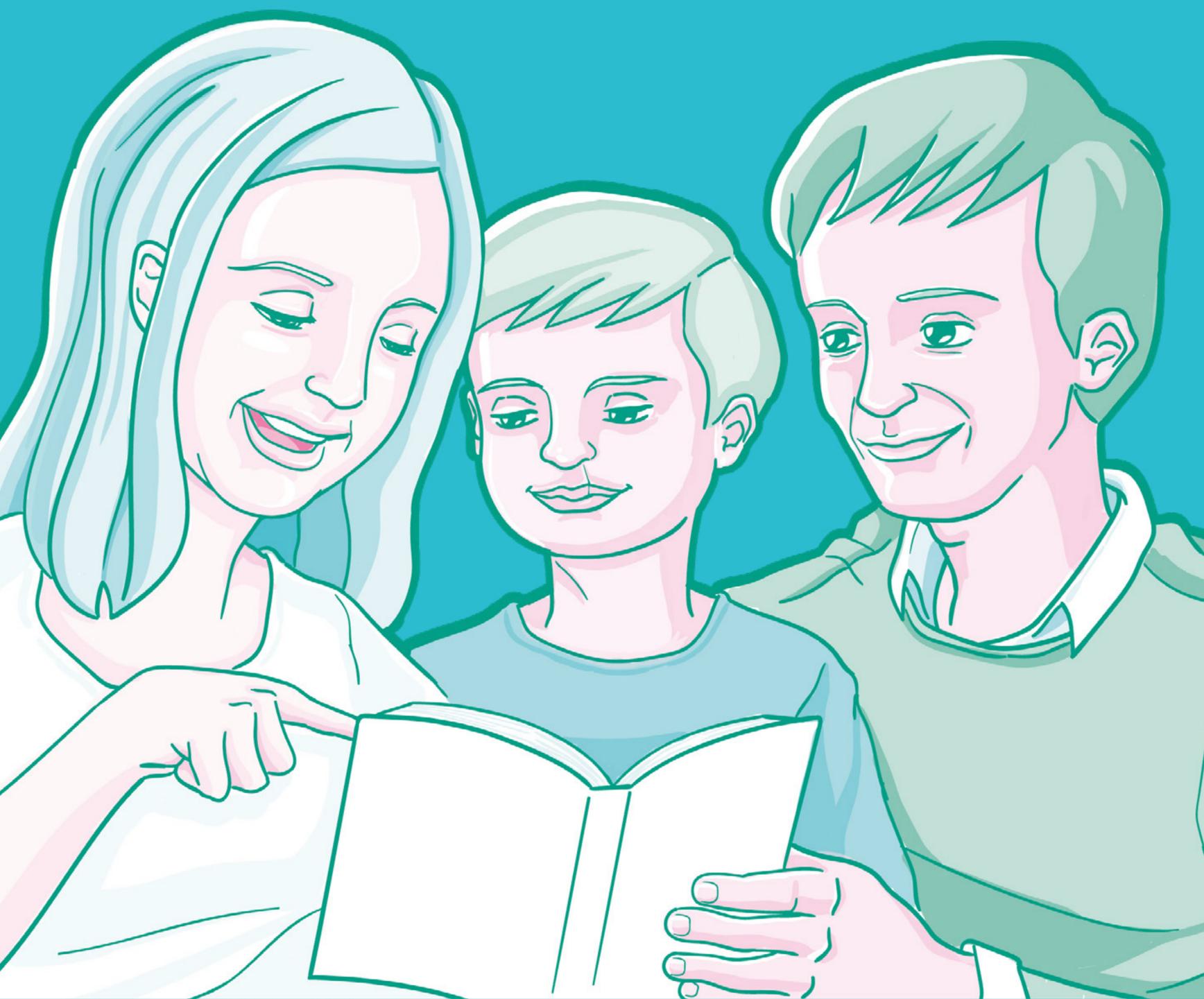


Guía Informativa

*para padres y cuidadores
de niñas y niños
con fisura labio palatina*



Esta guía informativa tiene como objetivo principal que las **niñas y niños con fisura labio palatina (FLP)** de **0 a 12 meses**, en conjunto con sus familias reciban apoyo para una rehabilitación integral e informada.

Su contenido está dirigido a **padres y cuidadores**, a quienes les entrega la orientación necesaria para comunicarse de manera eficiente con el **equipo multidisciplinario** y para que el *niño o niña con FLP* desarrolle las herramientas que le permitan integrarse en igualdad de condiciones a la sociedad en que vivimos.

La guía tiene un total de **70 páginas**, con información sobre: *definición y causas de la FLP, equipo de rehabilitación involucrado, alimentación de bebés con fisura, prevención de hábitos orales no saludables, explicación del sistema auditivo, de habla, voz y sus alteraciones en la FLP, estrategias de estimulación temprana para bebés de 0 a 12 meses utilizadas en Fundación Gantz y un cuento.*

En el proyecto trabajaron miembros del **Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile**, de **Fundación Gantz - Hospital del niño con fisura** y de la **Organización no gubernamental de desarrollo CLEFT**.

Este material es una versión digital de la guía física publicada en *agosto de 2019* con el mismo nombre. Su desarrollo para ser visualizada en dispositivos móviles ha sido apoyado por **Smile Train**.

Los invitamos a acceder a los contenidos de la guía, a través del **índice** en el extremo superior derecho de cada página o a dirigirse directamente al **programa de estimulación temprana (PET)** en el extremo superior izquierdo.

Equipo Organizador



Participantes

Fundación Gantz

Mirta Palomares Aguilera
Carlos Giugliano Villarroel
Drina Álvarez Carvajal
Montserrat Callejas Cruz
Carolina Villena Baltazar
Felipe Inostroza Allende

ONG Cleft

Loreto Lennon Zaninovic
Matías González Jara
Javiera Cornejo Farías

Facultad de Medicina Universidad de Chile

Departamento de Fonoaudiología
Felipe Inostroza Allende
Daniela Rojas Contreras
Christian Peñaloza Castillo
Macarena Garcés Lavarello

Diseño, Ilustración y digitalización

Carlos Ramírez Venegas “Xarlíneas”

Coordinación del Proyecto

Felipe Inostroza Allende
f.inostrozar@gmail.com
Facultad de Medicina
Universidad de Chile.
Avenida Independencia 1027,
Independencia, Región
Metropolitana Santiago,
Chile, 2020.

“Guía informativa para padres y cuidadores de niñas y niños con fisura labio palatina”

Fuente: “Guía informativa para padres y cuidadores de niñas y niños con fisura labio palatina”, versión impresa. Autores: Palomares et al. (2019)

*Versión digital para dispositivos móviles. Distribución gratuita.
Santiago de Chile. 2020.*



Departamento de Fonoaudiología
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE





*„El futuro de los niños
es siempre hoy.
Mañana será tarde”*

(Gabriela Mistral)



¿Que es fisura?

Causas probables

Sindromes asociados

Equipo de rehabilitación

Descripción de la alimentación en el Lactante con FLP

Alimentación en el lactante con FLP

Cuadros con etapas del desarrollo de la alimentación

Hábitos orales no saludables

¿Cómo hablamos?
¿Cómo escuchamos?

Sistema auditivo

Sistema habla y voz

Posibles alteraciones de voz y habla

Programa de Estimulación Temprana

PET:
0 a 1 mes

PET:
1 a 2 meses

PET:
2 a 3 meses

PET:
3 a 4 meses

PET:
4 a 5 meses

PET:
5 a 6 meses

PET:
6 a 7 meses

PET:
7 a 8 meses

PET:
8 a 9 meses

PET:
9 a 10 meses

PET:
10 a 11 meses

PET:
11 a 12 meses

Cuento:
El mono Memo y la limonada

Preguntas frecuentes de los padres y cuidadores

Referencias

¿Qué es la fisura?

Las fisuras labio palatinas (FLP) son alteraciones en el desarrollo de la cara que se producen en etapas muy tempranas de la gestación. Durante los tres primeros meses de embarazo se altera la formación normal del labio, nariz y/o paladar.

Se presenta con diversos grados de compromiso, desde una fisura que afecta sólo a un lado del labio (llamada fisura labial unilateral), hasta aquellas que afectan a ambos lados (llamada fisura labial bilateral), o la fisura del labio y de todo el paladar (llamada fisura labio alvéolo palatina).

El tipo de fisura más frecuente es la fisura labio palatina unilateral izquierda, en la que se observan abiertos el labio, la encía, el paladar duro y blando, dejando comunicadas la boca con la nariz.

La fisura labial por sí sola no debería ocasionar problemas de alimentación en el bebé. Sin embargo, si la fisura incluye el paladar, será necesario implementar una técnica de alimentación adecuada para cada bebé, según sus propias características.

Las fisuras con compromiso de paladar (fisura velopalatina, velar o submucosa) también pueden afectar el habla, voz y audición de los niños(as). Es por eso que se debe mantener un constante monitoreo previo y posterior a las cirugías.



Causas probables

Los científicos están permanentemente investigando las causas que producen fisuras faciales. Esto ha permitido descubrir cada vez nuevas causas, las cuales se asocian tanto a factores genéticos como ambientales.

En una revisión de fichas clínicas realizada en Fundación Gantz, observaron antecedentes familiares de fisura (herencia) hasta en la tercera generación. En algunos casos la fisura pudo asociarse a factores ambientales, tales como el exceso de vitamina A, el uso de drogas anticancerígenas, corticoides, drogas antiepilépticas, antiinflamatorios, estrés o consumo de tabaco y alcohol durante el primer trimestre del embarazo.

Sin embargo, en el 65% de los casos no fue posible encontrar una asociación a alguna causa evidente.

Diagnóstico prenatal

La FLP puede ser diagnosticada de forma prenatal a partir de las 16 semanas de gestación, siendo las fisuras que comprometen el labio con o sin paladar las más fáciles de pesquisar. Si la ecografía aparece normal, no significa la ausencia de fisura labio palatina, pero si aparece la fisura en la ecografía, hay certeza de que el bebé la presenta.

En ese momento, los padres deben recibir información por parte de un equipo de rehabilitación, que les permita disminuir la ansiedad que provoca el desconocimiento de la FLP, responder las dudas e inquietudes que presenten y conocer los aspectos esenciales del tratamiento temprano e integral.



Un síndrome es un conjunto de signos que se dan juntos, tienen una causa específica común y generalmente se le denomina con el nombre del investigador que lo describió por primera vez. Existen en la literatura alrededor de 100 síndromes que registran una fisura facial entre sus características principales.

Los síndromes o alteraciones con fisura más frecuentes son:

○ **Secuencia de Pierre Robin**

○ **Delección 22**

○ Goldenhar

○ Van der Woude

○ Adams

○ EEC (Displasia Ectodérmica)

○ Stickler

○ Apert

○ Treacher Collins

○ Klippel Feil

Las personas con **Secuencia de Pierre Robin** presentan una mandíbula pequeña (hipoplasia), lengua posteriorizada (glosoptosis), obstrucción respiratoria, con o sin fisura palatina.

Las personas con **Delección 22** pueden presentar cardiopatías, voz nasal o insuficiencia velofaríngea con o sin fisura, además de algunas características faciales específicas en ojos, nariz y orejas y la posibilidad de manifestar un trastorno de aprendizaje y de conducta.



Un bebé que nace con algún tipo de FLP es generalmente motivo de gran ansiedad para sus padres y cuidadores, principalmente por el desconocimiento de la enfermedad, las dificultades de alimentación y su tratamiento.

El adecuado tratamiento de los niños(as) con FLP requiere de equipos multidisciplinarios experimentados. Dependiendo del tipo de fisura, los niños(as) son acompañados por profesionales de las siguientes áreas:

- **Enfermería**
- **Cirugía plástica e infantil**
- **Genética**
- **Otorrinolaringología**
- **Odontología**
- **Odontopediatría**
- **Ortodoncia**
- **Cirugía Maxilofacial**
- **Fonoaudiología**
- **Kinesiología**
- **Psicología**
- **Psicopedagogía**

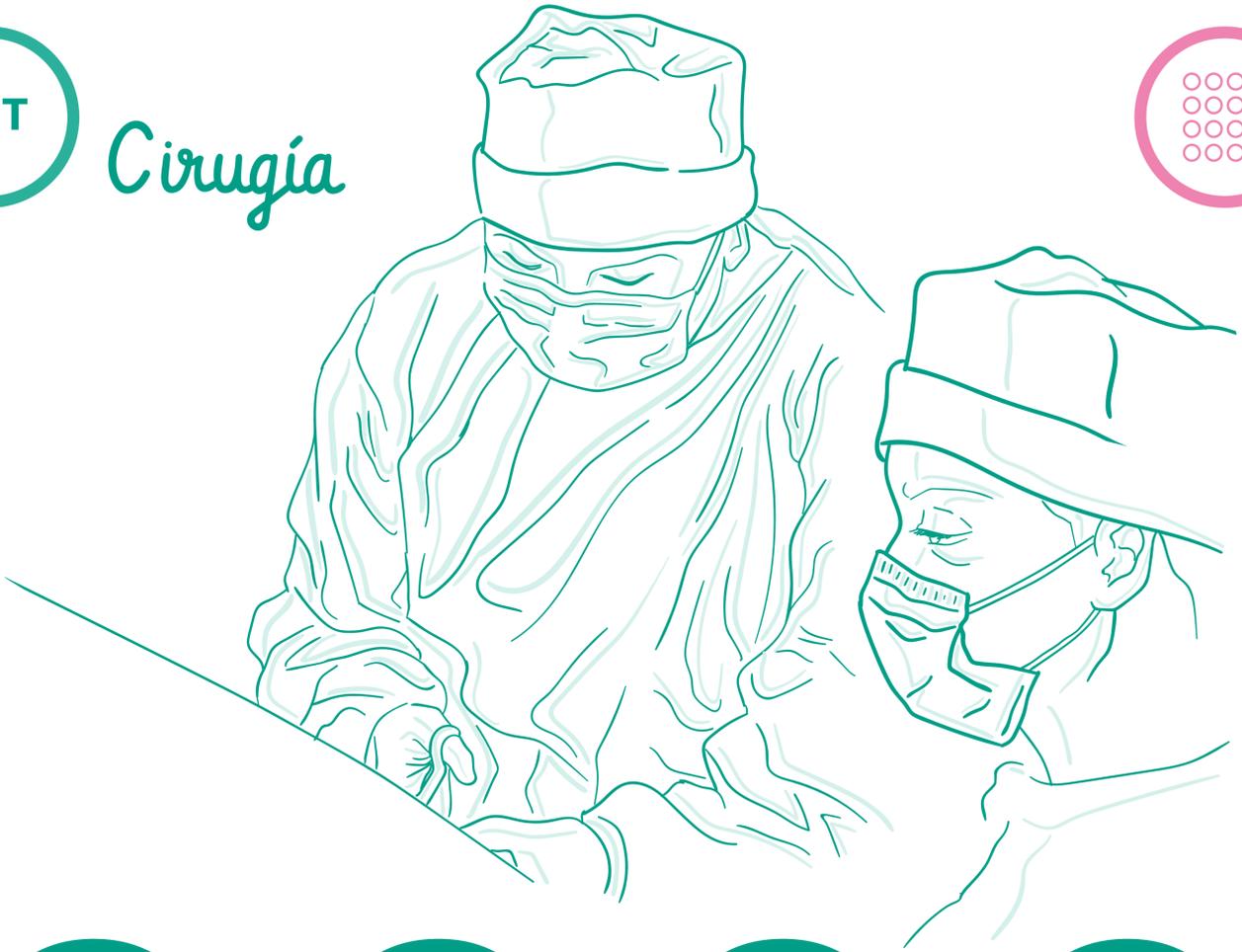
A continuación se describe el aporte de cada disciplina en la rehabilitación de la FLP.



El *enfermero* o *enfermera* se encargá de guiar y coordinar todo el proceso de rehabilitación de los niños(as) con FLP, para que reciba una atención multidisciplinaria en sus distintas etapas del desarrollo. Junto a lo anterior, controla el peso y estado de salud de los bebés. Además, educa y supervisa los cuidados pre y post operatorios.

Estos profesionales apoyan a los padres y cuidadores en diferentes etapas, entregando estrategias para la alimentación, prevención de enfermedades y en todo el proceso previo, durante y posterior a las cirugías.

Ante dudas con respecto a la técnica de alimentación, cirugías o cronograma de tratamiento de los bebés, los padres y cuidadores deben solicitar una entrevista con el enfermero o enfermera del equipo.

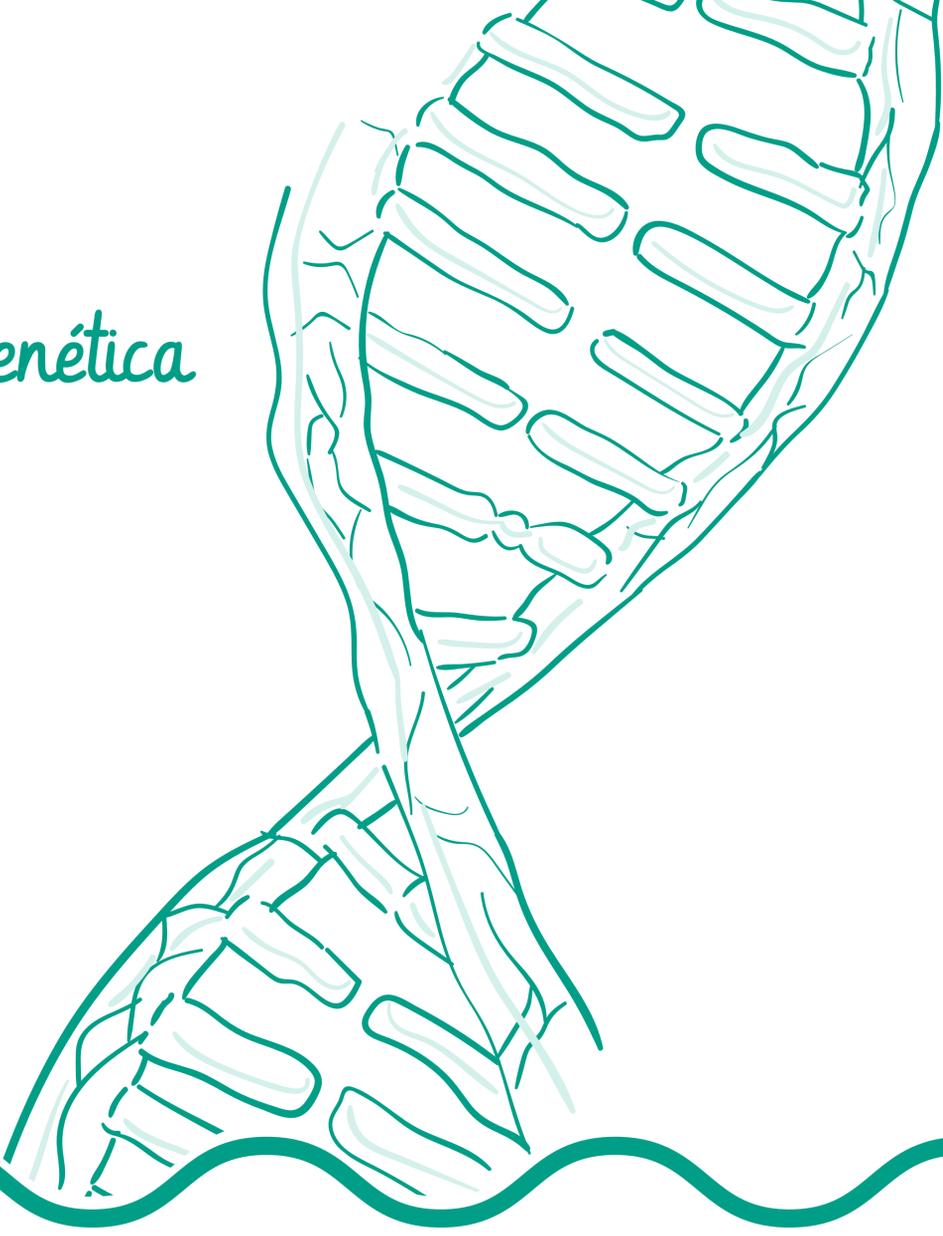


Un equipo multidisciplinario dedicado a la rehabilitación de la FLP se encuentra liderado por un cirujano. Este profesional además se encarga de las intervenciones para la reconstrucción de las estructuras afectadas: *labio, paladar y/o nariz* según sea el caso.

- **Cierre de fisura labial:** Procedimiento cuyo objetivo es corregir la forma y funcionalidad del labio, sea una fisura unilateral o bilateral.
- **Cierre de fisura palatina:** Intervención que reconstruye el paladar óseo y paladar blando (velo del paladar), corrigiendo su forma y función [\(ir a página 41\)](#).
- **Cirugía de la insuficiencia velofaríngea:** Se realiza a partir de los 4 años en niños(as) que presenten voz nasal luego del cierre del paladar [\(ir a página 42 y 43\)](#).
- **Retoque nasal:** Cirugía estética a nivel del labio y/o nariz que puedan necesitar algunos niños(as) antes de entrar al colegio.
- **Rinoseptoplastia:** Corrección quirúrgica de la forma y función del tabique y la nariz.
- **Injerto óseo en fisura alveolar:** Cirugía en la cual el defecto del hueso alveolar (región de la encía) es rellenado con hueso esponjoso.

PET

Genética



El o la genetista se encarga de entregar consejería genética luego de obtener información sobre los padres, abuelos y otros miembros de la familia. Muchas veces se solicitan algunos exámenes especiales, dependiendo de cada caso.

Hasta el día de hoy se piensa que la FLP es una patología con una alta probabilidad de ser heredada de forma multifactorial, lo que significa que para que se produzca deben ocurrir simultáneamente alteraciones en los genes (uno o varios) y la presencia de ciertos agentes ambientales, en un espacio temporal más o menos preciso. Además, existen algunas fisuras sindromáticas que se presentan asociadas a otras malformaciones.

Este profesional debe ser uno de los primeros que atienda a los niños(as) con FLP. Él determinará si el bebé presenta una fisura aislada o asociada con algún síndrome, lo cual es relevante para el flujograma del tratamiento.

Otorrinolaringología



Esta especialidad se encarga de evaluar y tratar tanto la vía aérea (cuerdas vocales, garganta y nariz) como la audición. Controla enfermedades respiratorias. Indica y coloca tubos de ventilación en el tímpano **(ir a página 38 y 39)**. Evalúa junto a fonoaudiología, el funcionamiento del sistema de producción de la voz.

Los bebés que manifiestan una fisura con compromiso del paladar presentan, en un alto porcentaje, disfunción de la tuba auditiva, como consecuencia de la alteración de los músculos del velo del paladar. Esto puede causar otitis media, una infección en el oído medio que produce disminución de la audición en diferentes grados **(ir a página 37, 38 y 39)**.

El *otorrinolaringólogo(a)* determina la audición de los bebés recién nacidos, por medio de una evaluación directa y de exámenes auditivos como BERA e impedanciometría. También realiza controles de seguimiento por lo menos una vez al año, no obstante ante cualquier dificultad que se presente: disfonía, voz nasal, dificultades para respirar, ronquido, alergias y/o una alteración de la audición, se debe acudir al *otorrinolaringólogo(a)*.

Odontología

Ortopedia pre-quirúrgica



o **Ortopedia prequirúrgica:**

En los bebés con fisuras completas de labio, encía y paladar, esta especialidad se encarga del reposicionamiento del maxilar superior y las narinas (alas de la nariz) previo al cierre del labio, mediante la utilización de placas intraorales (modeladores nasales y/o alveolares).

La *ortopedia prequirúrgica* disminuye el ancho de la fisura y prepara al bebé para la primera cirugía de labio y nariz. Es una técnica que se realiza gracias a la capacidad de modificar la forma de los tejidos en los recién nacidos.

Es muy importante que el bebé sea evaluado por este profesional durante las primeras semanas de vida, para poder realizar algunos procedimientos esenciales, como:

- *Toma de impresión (molde del paladar).*
- *Confección e instalación de la placa.*
- *Entrenamiento a los padres y cuidadores.*
- *Apoyo técnico de alimentación con la placa.*
- *Controles semanales.*

Odontopediatría, Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial



La odontología general y sus especialidades acompañan la salud oral de los niños(as) con fisura labio palatina.

○ **Odontopediatría:**

Esta especialidad se encarga de la educación en salud oral y prevención de caries. Los niños(as) con fisura deben tener controles con el odontopediatra, incluso antes de que le salgan los dientes.

○ **Ortodoncia:**

Esta especialidad se encarga de evaluar y tratar todas las alteraciones que existen en la posición de los dientes, forma de la arcada dentaria y de la relación que existe entre el maxilar superior e inferior, a través del uso de distintos aparatos (removibles o fijos, máscaras, frenillos, etc).

○ **Cirugía Maxilofacial :**

Esta especialidad trabaja en coordinación con el ortodoncista. Realiza evaluación y planificación quirúrgica para la corrección de las alteraciones de la oclusión (mordida) que están fuera del alcance de la ortodoncia.



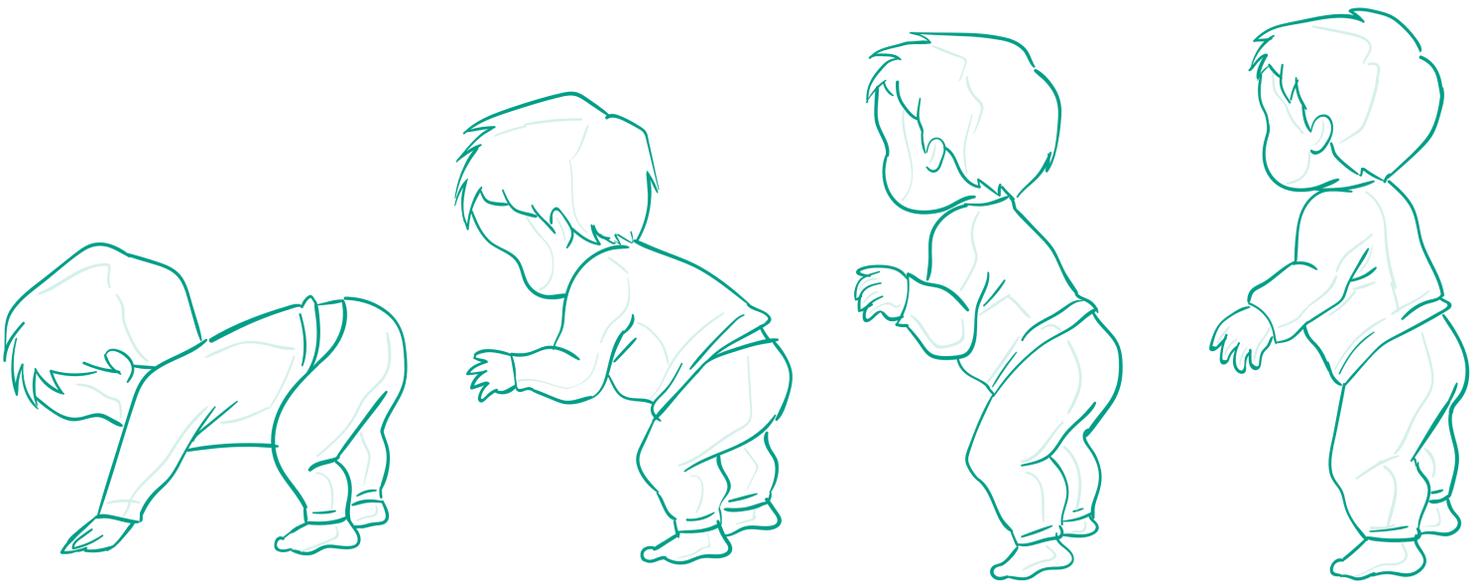
Este profesional se encarga de estimular una correcta adquisición de los sonidos del habla y corregir la articulación (posición de labios y lengua) que se encuentra alterada. Estimula un adecuado desarrollo del lenguaje y de las funciones orales (succión, deglución, masticación y respiración nasal). Además, colabora en la realización de exámenes auditivos.

El *fonoaudiólogo* o *fonoaudióloga* acompaña la rehabilitación de los niños(as) desde recién nacidos hasta su alta en la adolescencia.

Desde recién nacidos los bebés deben asistir a controles periódicos en *fonoaudiología* (**periodo de estimulación temprana**). En esta etapa se realiza apoyo en la alimentación, monitoreo del desarrollo psicomotor y estimulación del habla y lenguaje.

A partir de los 2 años, se les realiza una evaluación del habla y voz, para determinar la frecuencia y tipo de intervención fonoaudiológica.

Finalmente, a partir de los 4 años, este profesional coordina la evaluación y derivación a cirugía de aquellos niños(as) que presentan voz nasal, posterior al cierre del paladar [\(ir a página 41\)](#).



Este profesional se encarga de intervenir las alteraciones de la cicatrización del labio superior, del desarrollo psicomotor y de la postura corporal.

El *kinesiólogo* o *kinesióloga* realiza entrenamiento a los padres y cuidadores sobre masajes, confección de órtesis y mantención de la dinámica corporal, para evitar malos hábitos posturales y favorecer el desarrollo psicomotor de los niños(as) con fisura labio palatina.

Los niños(as) con fisura labio palatina pueden ser derivados a *kinesiología* en distintas etapas del tratamiento.



Este profesional entrega orientación y apoyo psicológico a los niños(as), padres y cuidadores, desde el nacimiento hasta el alta, y especialmente durante cada proceso quirúrgico.

El *psicólogo o psicóloga* realiza la evaluación y el tratamiento psicológico del niño(a) con fisura en las diferentes etapas del desarrollo (preescolar, escolar, adolescencia y adultez).

Algunas de sus contribuciones consisten en apoyar a los padres y cuidadores en los estilos de crianza; a los niños(as) en su integración y desarrollo socioemocional, y a las personas adultas, en su desarrollo sociolaboral.





Este profesional potencia de manera integral y al máximo las capacidades de aprendizaje escolar de niños(as) con FLP.

Además, la intervención *psicopedagógica* puede actuar a nivel preventivo, en conjunto con psicología, abordando el manejo emocional y conductual de los niños(as) con FLP. Con aquellos niños(as) que asisten al colegio y presentan problemas de aprendizaje, trabaja de manera directa, junto a los padres, cuidadores y profesores del colegio.

Descripción de la alimentación en el lactante con FLP



Cuando un bebé sin fisura succiona y deglute la leche materna; el velo del paladar se eleva, separando la cavidad oral de la nasal, lo que genera una presión suficiente para que el pezón se mantenga en la boca y la leche sea extraída.



Alimentación según tipo de fisura

Los bebés con fisuras suelen tener dificultades para alimentarse, lo que está directamente relacionado con el tipo de fisura que presenten.

Cuando hay FLP, es difícil para el bebé realizar un adecuado cierre labial alrededor del pezón y la areola mamaria. Como además el paladar comunica la nariz y la boca, se dificulta la succión y disminuye la presión intraoral, lo que provoca que la leche se devuelva por la nariz (regurgitación nasal).

Según el tipo de fisura ¿Cómo se puede alimentar?

Se sugiere que los padres y cuidadores siempre pidan asesoría, ya que cada caso es diferente.

- Fisura labial
- Fisura labial
+ Fisura alveolar
- Fisura submucosa

Alta probabilidad de ser alimentado por lactancia materna (pecho materno).

- Fisura velopalatina
o Fisura velar
- Fisura labial uni/bilateral
+ Fisura velopalatina

Menor probabilidad de ser alimentado directamente al pecho.

Posturas para una adecuada alimentación en bebés con FLP



Postura “a caballito”

Esta postura permite que la leche baje por gravedad, disminuyendo su escape por la nariz.



Postura “semi sentado”

Al igual que la postura “a caballito”, favorece que la leche no se escape por la nariz.

“Los ruidos y la presencia de sonidos intestinales después de la alimentación son signos de una lactancia normal. Se debe estimular la eliminación del aire deglutido unas 4 veces por mamada.”

Cuidados de mamaderas y chupetes en bebés con FLP



Medela.

Mead-Johnson.

Nuby.

El tipo de mamadera (exprimible o con otras características) y la forma del chupete que utilicen va a depender de cada bebé; por lo que puede ser necesario que padres y cuidadores consulten a un especialista de enfermería o fonoaudiología.

¿Cómo cuidar las mamaderas y los chupetes?

Todas las mamaderas y chupetes pueden lavarse a mano con agua caliente y jabón, se enjuagan y se dejan secando completamente. No se hierven, ni se ponen en el microondas, ya que es más fácil que el material sufra cambios y esto afecte su funcionamiento.

PET

Recordar



El proceso de alimentación no debe extenderse más de 30 minutos.

Posturas adecuadas durante el proceso de alimentación son “a caballito”, “semi sentado” y en una posición cómoda para la madre

En los casos en que se pueda realizar la alimentación desde el pecho materno, se debe introducir la areola mamaria completa en la boca del bebé, aplicando presión con la mano (simulando una ordeña).

En los casos en que la alimentación sea realizada mediante mamadera, se puede lograr un vínculo afectivo igualmente sólido.



Recordar



Si se debe utilizar una mamadera exprimible, los padres y cuidadores deben familiarizarse con su uso antes de alimentar al bebé.

La salida de leche por la nariz es habitual. No produce dolor. El bebé puede estornudar con frecuencia.

Estimular la eliminación del aire deglutido 4 veces durante la mamada.

La cantidad y frecuencia de alimentación varía según la edad.

Alimentación en el primer año de vida



La alimentación cumple un rol fundamental durante toda la vida, en especial en la infancia, ya que no solo satisface las necesidades nutricionales, sino también, es la base necesaria para un buen desarrollo físico, psíquico y social. Durante este período, los niños(as) pueden adquirir buenos hábitos alimenticios en lo que se refiere a la variedad de los alimentos y al sabor de las comidas. Además, a través de la alimentación, los niños(as) se comunican e interactúan estableciendo lazos afectivos.



Alimentación en el primer año de vida

El recién nacido necesita alimentarse para asegurar su crecimiento, desarrollo y bienestar. Su alimentación será distinta según sus necesidades.

Período lácteo

Desde el nacimiento hasta los 4- 6 meses en que la leche materna o fórmula es el único alimento.

Período de múltiples

cambios de los 4-6 a los 12 meses, con la introducción paulatina de los distintos grupos de alimentos.

¿Cuánto debe comer el bebé?

Los bebés recién nacidos comienzan a tomar pequeñas cantidades de leche (30 ml); sin embargo, poco a poco se debe aumentar la cantidad. La sesión de alimentación no debe durar más de 30 minutos; si dura más, el bebé se cansa y gasta mucha energía, lo que impide un adecuado crecimiento. Si esto ocurre, se debe reevaluar la alimentación con un especialista.

¿Con qué frecuencia debe alimentarse?

Durante el primer mes, debe alimentarse entre 8 a 12 veces al día, cada 2-3 horas. Desde los 2 a los 4 meses, debe alimentarse entre 6 a 8 veces al día, cada 3-4 horas. Recordar que cada caso es diferente.



A partir de los 6 meses, la leche materna o fórmula no cubre las necesidades del bebé y se deben introducir otros alimentos. Esta etapa es propicia para favorecer el paso de la succión al uso de una cuchara, lo que permitirá saborear mejor el alimento, y cambiar la consistencia progresivamente [\(ir a páginas 30 y 31\)](#). Esta es una buena oportunidad para iniciar el proceso de separación madre e hijo, permitiendo, por ejemplo, la incorporación del padre y otros cuidadores.

Es normal que el primer día que el niño(a) reciba una consistencia distinta la escupa, ya que tiene que pasar por un proceso de adaptación. Lo mismo pasa al comenzar el uso de vasos y tazas, por lo que los padres y cuidadores deben tener mucha paciencia.



ATENCIÓN:

Sobre la alimentación en general...

¿Debo dejarle que coma con las manos?

Sí, es su manera de conocer los alimentos, de probar todo y de sentirse más independiente.

¿Es normal que tenga menos hambre?

Pasado el primer año, el crecimiento es más lento, así que no necesita comer tanto.

¿Le doy de comer antes o come con nosotros?

Es mejor que lo haga con todos, para adquirir hábitos de comportamiento: usar los cubiertos, no hablar con la boca llena y limpiarse la boca antes de beber.

¿Por qué come mejor en el jardín o la escuela que en casa?

Porque el ambiente allí es más distendido y el niño o niña está tratando de afianzar su personalidad.

¡No le gusta nada! ¿Qué hacer?

Los menús que padres y cuidadores preparan tienen que ser atractivos y se debe camuflar lo que no le guste.



CUADROS CON ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN



Período	Postura	Alimento	Uso de Utensilios
1 mes	Posición de caballito o semi sentado.	Leche materna o fórmula.	Pecho o mamadera normal o exprimible.
4 meses	Semi sentado.	Generalmente líquido y leche.	Pecho o mamadera normal o exprimible.
6 meses	Sentado en silla alta con apoyo.	Incorporación de papilla (pasada por licuadora y cedazo). Puede iniciar la aparición de dientes.	Cuchara plana y pequeña.
7-8 meses	Sentado en silla alta con apoyo. Mueve la cabeza cuando no quiere comer más.	Uso de papilla (ya no se pasa por cedazo, dependiendo cada caso).	Logra mantener los labios juntos. Uso de cuchara de té metálica. Es capaz de desgarrar los alimentos.
9 meses	Sentado en silla alta sin apoyo.	Incorporar galletas, pan.	El labio superior se puede mover hacia abajo para arrastrar la comida de la cuchara.
12 meses	Sentado correctamente.	Incorpora alimentos machacados, proceso de cambio post cirugía de paladar. Debiera desaparecer la regurgitación nasal.	Coge la cuchara pero aún le cuesta llevarse el alimento a la boca.



Período	Postura	Alimento	Uso de Utensilios
18 meses	Sentado sin apoyo (en la mesa con padres).	Uso de alimentos picados (frutas y verduras).	Cierre de los labios eficiente en vaso o botella.
24 meses	Sentado sin apoyo.	Consumo de todos los alimentos.	Utiliza vaso o botella sin ayuda. Uso irregular de cuchara y tenedor. Comparte este uso con los dedos. Toma el vaso con ambas manos.
2 - 3 años	Come solo y en algunos momentos con ayuda. Necesita el babero.	La dieta deber ser balanceada.	Usa bastante bien el tenedor y cuchara. Bebe en vaso sin ayuda y sin derramar.
3 - 4 años	Permanece sentado, aunque a veces le cuesta. Se mancha cada vez menos.		Uso de cuchillo de postre para preparaciones blandas. Bebe sin mojarse. Toma el vaso con una sola mano.
4 - 5 años	No hace juegos para comer lo que no le gusta. Uso de la servilleta.		Bebe agua de una botella pequeña.

Hábitos orales no saludables



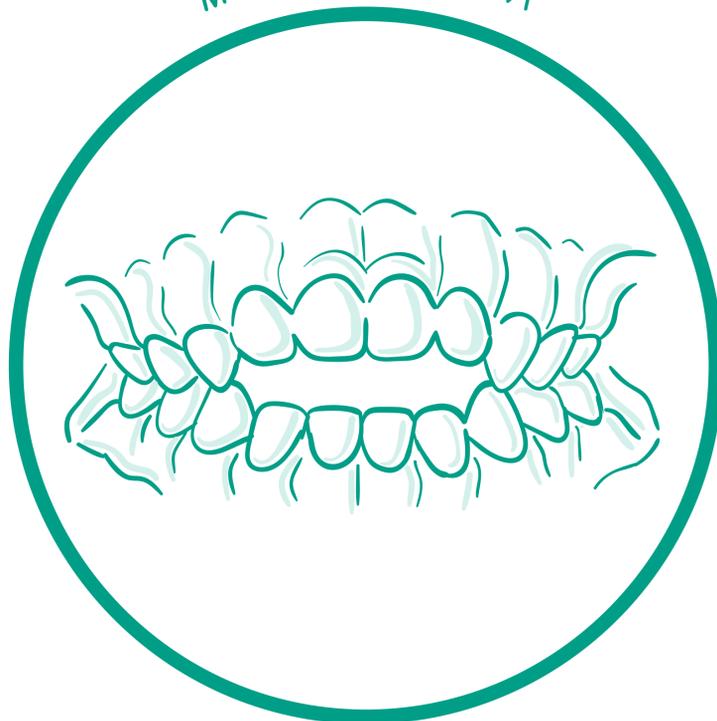
Los hábitos orales no saludables pueden alterar el normal desarrollo craneofacial y dental, debido a un desequilibrio entre las fuerzas musculares orofaciales. Todas estas alteraciones pueden ocasionar problemas emocionales, psicológicos, inclusive alteraciones de otros sistemas del organismo.

Consecuencias de hábitos orales no saludables

CARIES



MORDIDA ABIERTA



MORDIDA ALTERADA

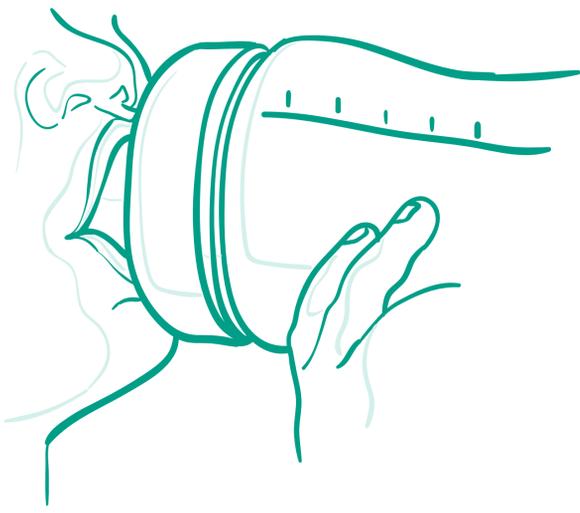


Tipos de hábitos orales no saludables



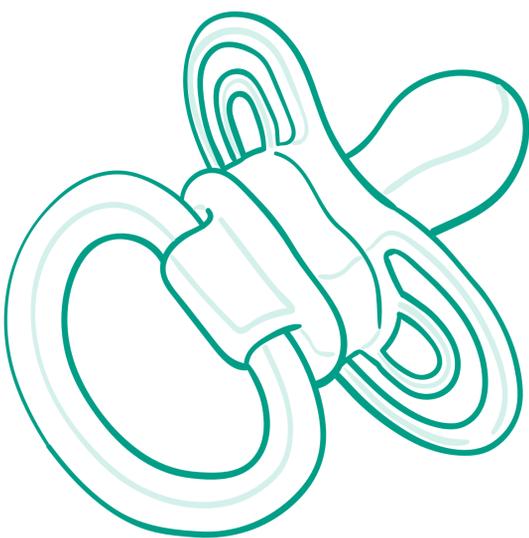
Succión digital

Puede alterar la posición lingual en reposo y la mordida (causando mordida abierta), por lo que se recomienda eliminar el hábito antes de los 3 años, así los efectos producidos serán más leves y tendrán más posibilidades de corregirse de manera espontánea.



Uso de mamadera

Mantener por sobre los 2 años puede generar alteraciones anatómicas y caries, en especial si se duerme con ella. Se debe promover la limpieza de la boca antes de dormir y enseñar a beber de un vaso, cambiando el hábito poco a poco, a medida que el niño tenga las habilidades motoras para hacerlo.

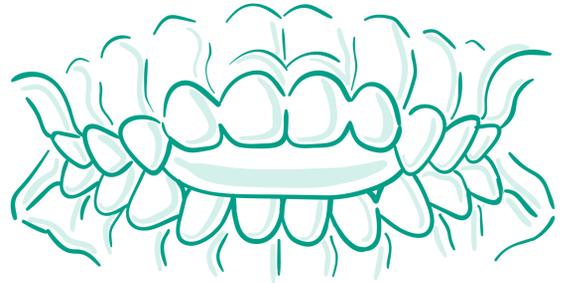


Succión de chupete

Puede afectar la mordida y el habla, por lo que se recomienda no usar chupete más allá de los 2 años de edad. No untar los chupetes con cosas dulces. Retirar el chupete cuando se ha dormido. Evitar su uso por largos períodos de tiempo.

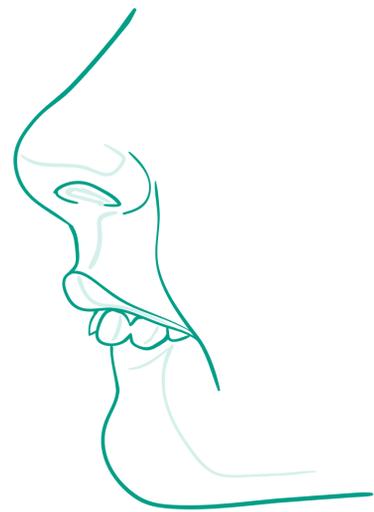
Interposición lingual

Puede producir alteraciones en la mordida, como una mordida abierta, debido a la lengua interpuesta entre las piezas dentarias, tanto en reposo como al hablar y/o al tragar.



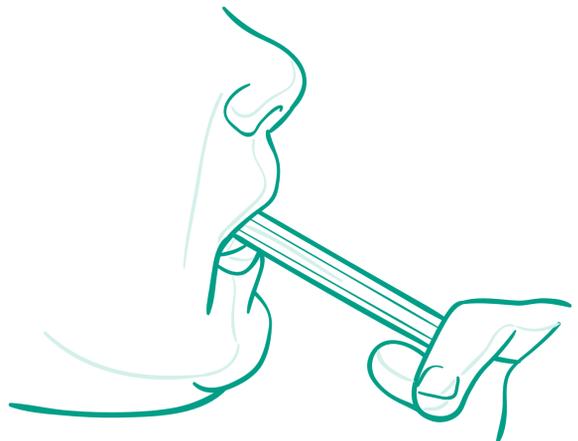
Interposición labial

La fuerza hacia adelante en los dientes superiores puede producir su inclinación hacia afuera, mientras que la fuerza ejercida hacia atrás en los dientes inferiores puede producir su inclinación hacia adentro.



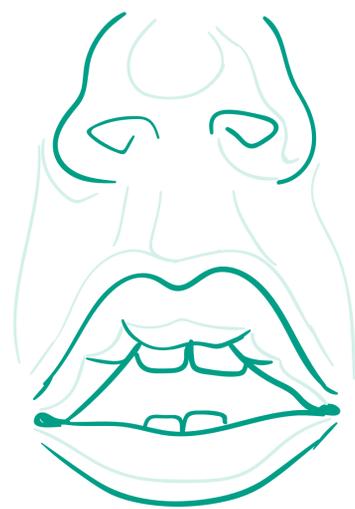
Interposición de objetos

Ubicar objetos entre los dientes de forma constante puede causar una deformación (mordida alterada), que dependerá del tamaño y la ubicación del objeto: pañal o tuto, lápices, otros.



Respiración oral

La lengua en posición descendida, puede afectar el desarrollo del ancho y el alto del paladar duro, hipofunción de los labios, e incluso salivación excesiva y babeo. Se recomienda una evaluación con otorrinolaringólogo, para descartar la presencia de una obstrucción nasal.



Se recomienda incorporar oportunamente utensilios y consistencias en la dieta de los niños(as). Frente a alguna dificultad, consulte a fonoaudiología, psicología y odontopediatría.

¿Cómo hablamos?

Diferentes órganos permiten el habla*. Para producir los diferentes sonidos, deben ocurrir los siguientes procesos:

1. El aire es expulsado desde los pulmones, mediante la acción de varios músculos.
2. El aire atraviesa las cuerdas vocales, las cuales pueden aproximarse y vibrar (como en una vocal) o separarse para dejar pasar el aire (como en el sonido "S").
3. El sonido y el aire se propagan por el tracto vocal, siendo modificado por la posición de la mandíbula, la lengua, los labios y el esfínter velofaríngeo.
4. Finalmente, las ondas sonoras se transmiten por el aire y viajan hasta el oído del oyente.

**ir a página 40.*

¿Cómo escuchamos?

Los oídos* reciben las ondas sonoras que existen a nuestro alrededor y son interpretados como sonido por nuestro cerebro. Para ello, hay una serie de procesos que deben ocurrir de la siguiente manera:

1. El sonido llega al pabellón auditivo u oreja y avanza por el conducto auditivo.
2. Llega al tímpano (membrana elástica) y lo hace vibrar. Esta vibración se transmite a la cadena de huesecillos del oído medio.
3. La vibración amplificada por los huesecillos moviliza a los fluidos dentro de la cóclea o caracol (oído Interno).
4. Esta vibración genera un impulso nervioso que viaja a través del nervio auditivo hasta el cerebro, donde es interpretado como un sonido.

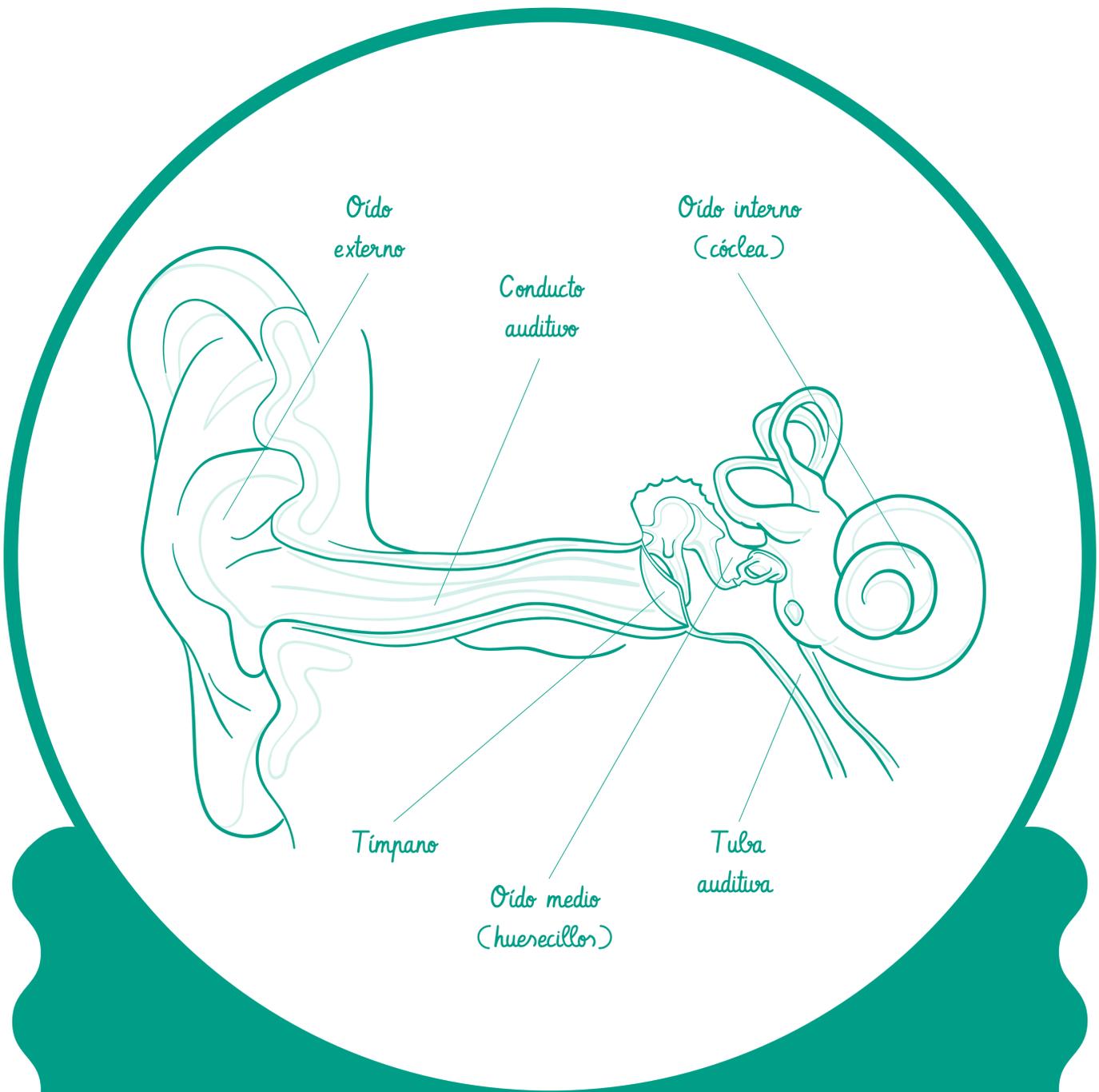
**ir a página 38.*



PET



Sistema auditivo



Sistema auditivo en FLP

En niños(as) con fisura de paladar existe mayor riesgo de sufrir una patología del oído medio llamada Otitis Media, caracterizada por la presencia de líquido en el oído medio debido a un inadecuado funcionamiento de la tuba auditiva.

Muchos de estos casos requieren de la colocación de unos tubitos en el tímpano denominados Colleras. Por esto, es muy importante que niños(as) asistan a los controles de otorrinolaringología y que se realicen ante cualquier sospecha de problema auditivo una audiometría y/o impedanciometría.

NORMAL



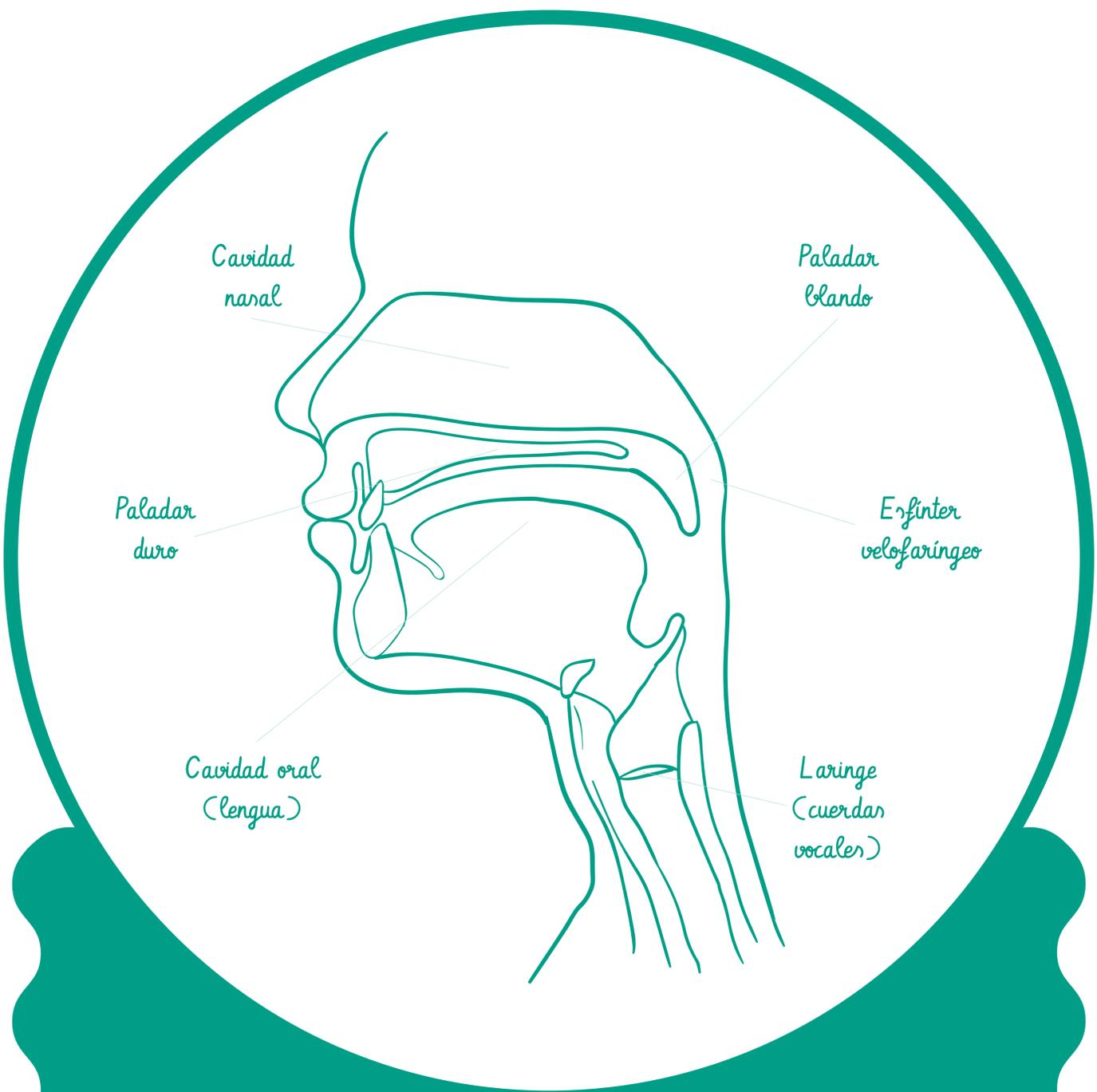
OTITIS MEDIA



PET



Sistema habla y voz



Habla y voz en la FLP

Luego de la cirugía de paladar, los niños(as) deben aprender a mover los músculos del paladar blando, lo que les permitirá producir los sonidos orales.

Es común que previo a la cirugía, los niños(as) digan “mamá” o algunas palabras simples con el sonido /m/. Pero una vez realizada la cirugía, nuestro objetivo es lograr una producción adecuada de fonemas orales como la “P”, la “T” y la “K”; en caso de que esto no suceda, se deberán intensificar los controles en fonoaudiología, con el fin de corregir el habla o incluso evaluar la necesidad de una nueva cirugía que corrija la salida del aire por la nariz.





Posibles alteraciones de voz y habla en niños y niñas con fisura de paladar

Las alteraciones más frecuentes en el habla y la voz son la **insuficiencia velofaríngea** y la **articulación compensatoria**.

o **Insuficiencia Velofaríngea**

Los niños(as) con voz nasal se caracterizan por una voz hipernasal (sensación de que la voz resuena en la nariz) y/o emisión nasal de aire (salida de aire por la nariz), debido a un cierre incompleto del esfínter velofaríngeo. Esto se corrige a partir de los 4 años con una cirugía.

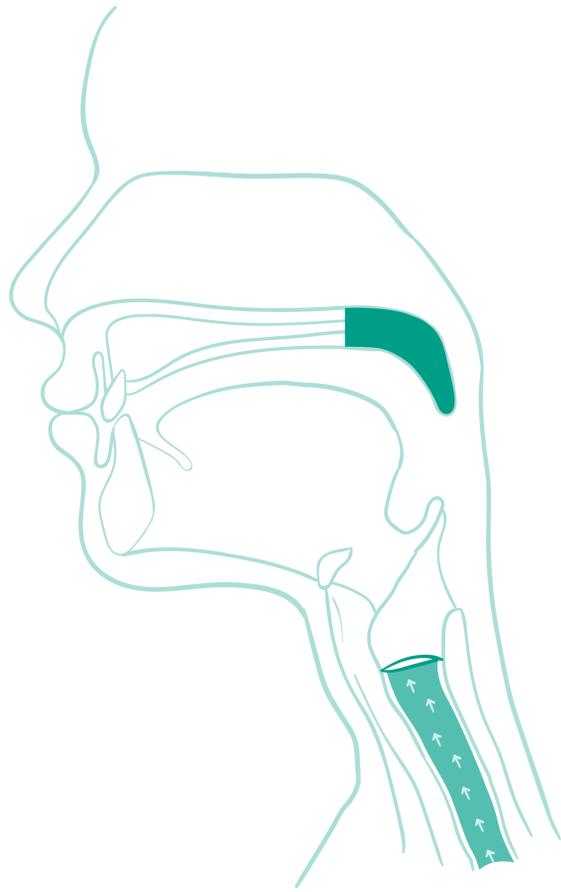
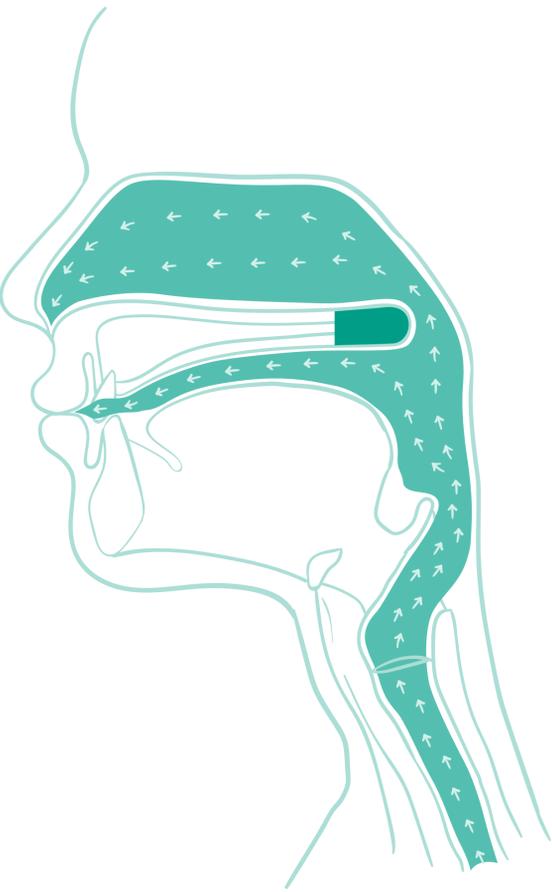
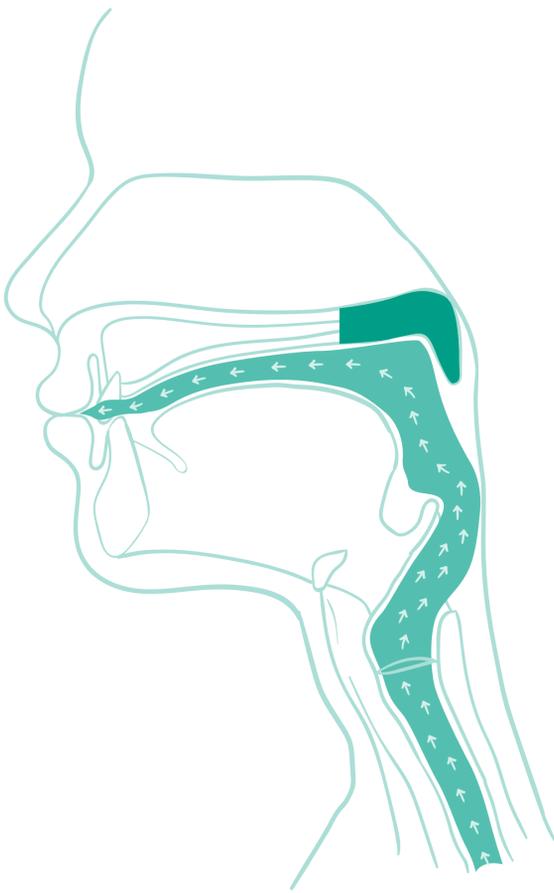
o **Articulación Compensatoria**

Los niños(as) con articulación compensatoria pronuncian de forma inadecuada los sonidos orales, en especial la “P”, “T”, “K”, “F”, “S” y “CH”. Los sonidos se distorsionan, haciendo que el habla sea difícil de entender. La mayoría de la veces se perciben sólo las vocales y parece que las consonantes son omitidas. Esto se puede prevenir y corregir con terapia fonoaudiológica luego del cierre primario de paladar.

PET

Función velofaríngea adecuada

(cierre completo del esfínter velofaríngeo)



Insuficiencia Velofaríngea

(cierre incompleto del esfínter velofaríngeo)

Articulación compensatoria

(no utiliza el esfínter velofaríngeo)

Programa de estimulación temprana de fonoaudiología Fundación Gantz para bebés con FLP

¿Por qué un Programa de Estimulación Temprana para bebés con FLP y sus familias?

La ESTIMULACIÓN TEMPRANA consiste en actividades de juego e interacciones con el bebé que buscan potenciar su desarrollo físico, intelectual y social-comunicativo.

Se sabe que la presencia de una fisura labio palatina, principalmente cuando compromete el paladar blando, interfiere en el desarrollo inicial del habla y el lenguaje, ya que el bebé no cuenta al comienzo de su vida con todas las estructuras funcionando para ello. Por lo tanto, se debe actuar preventivamente, desde los primeros días, efectuando diversas actividades que promuevan su crecimiento de forma integral.

La interacción frecuente entre padres/cuidadores y el niño(a) va desarrollando el apego emocional, base fundamental para sus relaciones futuras.

Los bebés cuyos padres y cuidadores les hablan mucho y juegan con ellos, tienen una mejor estimulación y desarrollo de su cerebro, así como un vocabulario más amplio, que van usando cuando crecen. Por eso, la interacción es muy importante desde una etapa temprana. Inicialmente, el bebé no puede repetir todas las palabras, pero irá guardando toda la información en su cerebro, que se encuentra muy activo y alerta.

Así mismo, el correcto desarrollo motor de los niños(as) beneficia la producción de su habla. Por eso, el Programa de *Estimulación Temprana de Fundación Gantz* incorpora actividades que propician el logro de hitos motores fundamentales, como: el control de la cabeza, girar su cuerpo, sentarse, gatear o caminar.

Es importante que los bebés reciban estímulos adecuados a su edad y maduración, para que potencien sus habilidades, lenguaje, gustos y capacidades. Es favorable que estén expuestos a diferentes ambientes en los que puedan comunicarse con niños y adultos diversos e interactuar con diferentes juguetes, que les entreguen la posibilidad de escuchar, jugar, explorar, asombrarse, atender a la música, bailar, entre otros.

Todos los bebés son únicos y se desarrollan a su propio ritmo. Las sugerencias de estimulación temprana de *0 a 12 meses* utilizadas en Fundación Gantz que se presentarán a continuación, son una guía que informa lo que los bebés pueden lograr en cada etapa. Si el bebé no lo hace justo en ese momento, pronto lo realizará, en la medida que se favorezca su desempeño.

Si el bebé fue prematuro, es importante considerar que los niños que nacen antes de término generalmente necesitan de más tiempo para alcanzar ciertas etapas de desarrollo; eso es habitual.

Si tiene alguna pregunta respecto al desarrollo de su bebé, no dude consultarla con el equipo multidisciplinario.



¿Qué hace mi bebé?

El bebé ya realiza más movimientos con sus brazos y piernas, los que le permiten mover sus manos a la zona media de su cuerpo y descubrirlas, mirarlas, meterlas a su boca y chuparlas.

Aparecen sonrisas ocasionales, incluso al dormir.

Afirma su cabecita por algunos segundos; hacia los 3 meses, ya lo hace más firme y largamente.

Permanece despierto por períodos más largos. Comienza a regular sus horarios.

Enfoca objetos ubicados más lejos y los sigue con la mirada.

Balbucea con vocales: “aaaaah” “eeeeeh” y hace ruidos.

¿Cómo estimularlo?

Ponga al bebé “de guatita” en el piso, encima de una superficie como goma eva, mat de yoga, alfombra, ubíquese frente a él y háblele, cántele o muéstrelle objetos o juguetes de su preferencia, para que mantenga su cabeza elevada; muévase para que lo/la siga girando su cabeza. Esa posición fortalece sus brazos y tonifica sus músculos, lo que beneficiará el control de su cabeza. Hágalo 1 hora después de que lo alimente.

Mueva suavemente los brazos y piernas de su bebé hacia el medio de su cuerpo, al mudarlo o cuando está en su cama/cuna despierto. Ponga objetos a una distancia que el bebé pueda alcanzar, para que intente tomarlos. Acérquele su móvil, por ejemplo, para que lo palmotée.

Acérquele a sus manos objetos blandos, de diferentes texturas y formas (idealmente con asas), para que los lleve al centro de su cuerpo y/o a su boca. Es su forma de conocer.





¿Qué hace mi bebé?

Va disminuyendo la posición flexionada de su cuerpo, lo que le permite mayor movimiento.

Aún no tiene horarios establecidos.

Puede enfocar los dos ojos en un objeto y seguirlo con el movimiento de ellos. Se fija más en todo lo que lo rodea, volviéndose más receptivo a su entorno.

Reconoce y está más atento a sus padres.

Comienza a realizar gorjeos y ruiditos variados.

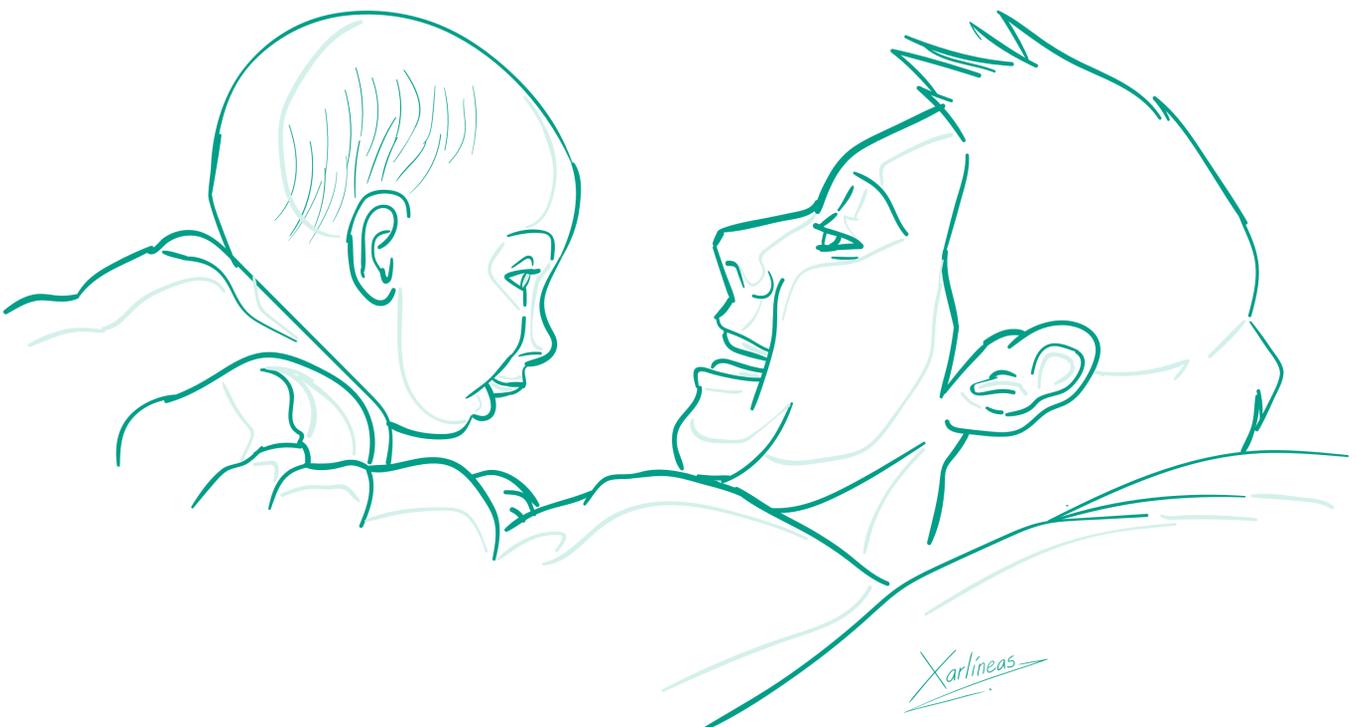
¿Cómo estimularlo?

Frente a su bebé cántele, háblele exagerando los sonidos, realizando cambios en el volumen de su voz, imitando voces y pronunciando bien las palabras. Repita sus gorjeos y ruiditos.

Describa lo que está haciendo a medida que lo realiza. Hablarle al bebé lo estimula y es tranquilizador para él.

Muéstrele objetos y muévalos para que los siga con la mirada.

Recuéstese y ponga al bebé sobre su pecho, háblele para que intente levantar su cabeza. Lo mismo puede empezar a hacerlo sobre la cama.





¿Qué hace mi bebé?

El bebé ya realiza más movimientos con sus brazos y piernas, los que le permiten mover sus manos a la zona media de su cuerpo y descubrirlas, mirarlas, meterlas a su boca y chuparlas.

Aparecen sonrisas ocasionales, incluso al dormir.

Afirma su cabecita por algunos segundos; hacia los 3 meses, ya lo hace más firme y largamente.

Permanece despierto por períodos más largos. Comienza a regular sus horarios.

Enfoca objetos ubicados más lejos y los sigue con la mirada.

Balucea con vocales: “aaaaah” “eeeeeh” y hace ruidos.

¿Cómo estimularlo?

Ponga al bebé “de guatita” en el piso, encima de una superficie como goma eva, mat de yoga, alfombra, ubíquese frente a él y háblele, cántele o muéstrelle objetos o juguetes de su preferencia, para que mantenga su cabeza elevada; muévase para que lo/la siga girando su cabeza. Esa posición fortalece sus brazos y tonifica sus músculos, lo que beneficiará el control de su cabeza. Hágalo 1 hora después de que lo alimente.

Mueva suavemente los brazos y piernas de su bebé hacia el medio de su cuerpo, al mudarlo o cuando está en su cama/cuna despierto. Ponga objetos a una distancia que el bebé pueda alcanzar, para que intente tomarlos. Acérquele su móvil, por ejemplo, para que lo palmotée.

Acérquele a sus manos objetos blandos, de diferentes texturas y formas (idealmente con asas), para que los lleve al centro de su cuerpo y/o a su boca. Es su forma de conocer.



PET

3 A 4 MESES



¿Qué hace mi bebé?

Sonríe a todas las personas que se le acercan, es decir su sonrisa tiene intención comunicativa.

Se concentra en estímulos del medio ambiente. Mira todo con curiosidad, incluso su propio reflejo.

Explora con sus manos y boca la forma, tamaño y textura de objetos y juguetes.

Acostado de guatita, es capaz de sostenerse sobre sus antebrazos y levantar la cabeza y hombros. Esta posición le da una mejor visión de lo que está pasando.

Es capaz de dar medios giros a un lado y al otro, habitualmente desde la posición de muda con piernas arriba. Incluso puede comenzar a rodar desde su espalda a su guatita o viceversa.

Algunos bebés pueden dormir sin interrupciones toda la noche, pero otros aún no.

¿Cómo estimularlo?

Cántele canciones infantiles, éstas llaman la atención del bebé al ser cortas, repetitivas y melodiosas.

Anticipe las cosas que harán en conjunto y verbalice lo que están haciendo. Nómbrale los objetos con los que juega y dígame algunas características. Haga lo mismo al salir con él o ella, indíquele lo que hay a su alrededor y hacia dónde van.

Afirme delante del bebé un espejo de juguete o póngalo frente al espejo del baño o de la pieza. Su bebé no se dará cuenta aún de que es su imagen, pero le gustará mirarse y mirar a la otra persona; incluso, posiblemente sonría.

Ponga al bebé "de lado" en una superficie dura, como goma eva, y ayúdelo a girar para quedar de espalda o guatita. Estimúlelo, mostrándole un juguete en el lado sobre el que quiere que gire. Continúe poniéndolo de guatita para que se levante a sí mismo. Aplauda sus logros y sonríale, esto le dará la confianza que necesita para continuar.

Preséntele personas, nómbrelas frente al bebé. Permita que los mire, para que vaya reconociendo sus rostros.





¿Qué hace mi bebé?

Observa y sigue atentamente con su mirada objetos que se desplazan de arriba hacia abajo.

Puede jugar con sus manos y pies durante unos minutos, es capaz de divertirse solo en su cuna. Empieza a trasladar objetos de una mano a otra.

Comienza a girar de la posición de espalda a guatita.

Puede empezar a reírse de situaciones como aparecer detrás de un pañal o manta o un juguete saliendo de repente de una caja.

Descubre la relación causa efecto.

Entiende todos los sonidos básicos de su lengua. Puede empezar a decir ma-ma-ma, pero aún no lo relaciona con la mamá. Realiza sonidos vocálicos con cambios de entonación, intentando seguir una conversación.

¿Cómo estimularlo?

Facilite el giro de su bebé desde la posición de espalda a guatita. Ubíquese en alguno de sus lados y convérsele, cántele o muéstrelle algún objeto llamativo, para que gire hacia su lado. Si no lo logra, ayúdelo cruzándole las piernas y empujándolo suavemente desde el muslo.

Preséntele cuentos de tela con diferentes texturas y sonidos, para que pueda observar y manipular.

Elija su canción infantil favorita y cántesela reiteradas veces, esto promueve la anticipación.

Fomente la risa del bebé con expresiones diversas con su cara y sonidos variados, como chasquear la lengua o silbar; ríase usted con alguna actividad en compañía del bebé, para que lo/la intente imitar.

Son recomendables a esta edad los juguetes que suenan, es decir, que causan algún ruido por una acción que el niño(a) realice. Por ejemplo, un muñeco que al presionarlo emita un sonido.





¿Qué hace mi bebé?

Reconoce su nombre cuando se le llama.

Produce grititos, gorjeos y cambios de tono. Sus sonidos pueden demostrar su respuesta a los objetos, como felicidad o ansiedad. Balbucea repitiendo una sílaba, como “ma” u otras combinaciones de consonantes y vocales, una y otra vez. Algunas guaguas incluso añaden una o dos sílabas más, haciendo combinaciones más complejas.

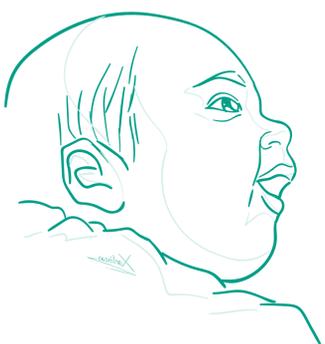
Se sienta en trípode, con su cuerpo hacia adelante. También puede mantenerse sentado con apoyo en la espalda y costados.

Domina el giro de espalda a guatita y comienza a hacerlo de boca abajo hacia espaldas. A los 6 meses domina ambos giros.

Inicia intercambios comunicativos y le gusta tener la atención de los padres o cuidadores.

Puede ponerse ansioso con desconocidos y aferrarse a los padres e incluso llorar.

Reconocer objetos parcialmente escondidos, como por ejemplo, una parte de su juguete favorito asomado.



¿Cómo estimularlo?

Fomente el balbuceo. Hable con su bebé normalmente, pero deténgase a propósito, de vez en cuando, para que él/ella comience a sincronizar su balbuceo en la conversación, como si se turnaran para comunicarse. Si presenta fisura velar y no está operado/a, preocúpese de que los sonidos sean vocales o nasales y no hayan ruidos muy forzados o posteriores. De ser así, no los refuerce o cámbielos, para que se extingan.

Realice juegos de escondite, inicialmente tapando parcialmente objetos o juguetes y preguntando “¿dónde está?”, hasta lograr taparlos o esconderlos totalmente.

En una superficie dura, como goma eva, ubíquese tras el niño o ponga cojines a su alrededor y motívelo a mantener la posición con juguetes, cantos y conversaciones.

Sentado o de guatita, ponga objetos llamativos o sonoros a un lado del bebé, para que pueda tomarlos con la mano contraria a donde se ubican.



PET

6 A 7 MESES



¿Qué hace mi bebé?

Se sienta por algunos segundos sin apoyo, con supervisión.

Coordina mejor ojos y manos y puede usar sus dedos para agarrar objetos más pequeños. Choca objetos uno contra otro, junta las manos y puede agarrar un juguete con una sola mano.

Alcanza y agarra juguetes de diferentes tamaños mientras se encuentra boca abajo o sentado.

Estira los brazos para pedir a sus padres que lo/la tomen.

Dice la misma sílaba una y otra vez: “ma ma ma ma”, y hace la mímica de cambio de turno, como si estuviera conversando.

Reconoce gestos faciales y voces de felicidad. Imita gestos faciales de los adultos.

¿Cómo estimularlo?

Juegue a la escondida con su bebé, tapándose y destapándose la cara diciendo: “¡no está la mamá/el papá... ahí está!”

Cuando el bebé empiece a “conversar”, escúchelo y respóndale como si entendiera lo que dice. Es una buena manera de promover que lo siga haciendo.

Llévelo frente a un espejo y déjelo que se mire, indíquele las partes de su cara y háblele. Invítelo a observar su cara y gesticule para que el bebé intente imitarlo(a).

Póngalo de guatita y luego deje un juguete llamativo ante él para que pueda visualizarlo claramente y así intente avanzar para alcanzarlo. Anímelo a rodar y moverse desde esta posición.





¿Qué hace mi bebé?

Es capaz de sentarse solo sin apoyos, manteniendo esa posición por tiempos prolongados.

Comprende diferentes entonaciones de la voz. Por ejemplo: cuando alguien está enojado o feliz.

Reconoce a varias personas de su familia y comprende rutinas diarias.

Identifica objetos de su entorno y dirige su mirada hacia ellos cuando se le nombran.

Comienza a tirar besos a personas conocidas, e incluso puede repetirlo si se le pide más, refuerza o aplaude.

¿Cómo estimularlo?

Cuando su bebé esté sentado, pásele objetos junto a una expresión oral como “¡toma la pelota!”. Aproveche la estabilidad de esta posición para compartir un cuento, describiendo los personajes y acciones brevemente.

Al hablarle al bebé, puede imitar voces, cambiando la entonación y acompañarse de gestos. Por ejemplo: “¡La vaca hace... muuuuu!”.

Continúe mostrándole y nombrando objetos, juguetes de animales, partes del cuerpo, así el bebé las irá comprendiendo e interiorizando. Aproveche situaciones de la vida diaria para ello, como el baño o la muda.

Al estar de guatita, ayúdelo a apoyarse en las rodillas y a mantener esa posición mientras manipula, por ejemplo, un juguete en una mesita; también favorezca que mantenga apoyo en manos y rodillas, para promover el inicio del gateo.



PET

8 A 9 MESES



¿Qué hace mi bebé?

Explora objetos, moviéndolos, golpeándolos y tirándolos al piso, antes de echárselos a la boca. Le gusta observar cómo caen, ver que alguien los recoge y lanzarlos de nuevo.

Toma objetos con el pulgar y los otros dedos (como una pinza).

Juega a repetir acciones solicitadas por los adultos, como toser o “hacer ojitos”.

Sigue órdenes sencillas, con apoyo de gestos y señalamiento del adulto.

Señala con su dedo índice un objeto deseado.

Puede sostener su cuerpo con brazos extendidos, en posición de gateo, y balancearlo hacia delante y atrás sin moverse aún. Se arrastra, habitualmente, deslizándose sobre su abdomen.

En el balbuceo empieza a mezclar diferentes sonidos: “ma me ma”.

¿Cómo estimularlo?

Juegue en el piso con el bebé. Promueva la posición de gateo, con estímulos que llamen su atención.

Pásele objetos diciendo: “toma”, antes del nombre del elemento: “toma la mamadera”. Permítale que los agarre con todos los dedos, separando el pulgar, como una pinza.

Imite los sonidos de los animales. En el caso de bebés con fisura de velo no operada, priorice aquellos con sonidos nasales, por ejemplo: “¡La oveja hace...meeee!; el gato hace...miau!”.

Agregue sonidos y exclamaciones en los juegos. Ej: “¡Mira la vaca!, ¡qué linda la vaquita! ¿cómo hace la vaca? ¡hace...muuuuu!”.

Continúe entregándole información sobre lo que ve: características de los juguetes, de su propio cuerpo. Por ejemplo, frente al espejo dígame: “estos son los ojos”, al mismo tiempo que se los muestra. Luego promueva que lo/la imite.





¿Qué hace mi bebé?

Está pudiendo comunicar lo que quiere. Su comprensión de las palabras es mucho mayor que su expresión. Su balbuceo es bastante extenso. Dice “mamá” con intención.

Mira los labios de quien le habla y trata de imitar sus sonidos.

Comprende más por el tono de voz que por el significado. Empieza a entender el “¡no!”.

Inicia juegos de entrega de elementos, dando y recibiendo objetos.

Recuerda más información, como dónde están sus juguetes en la casa. Puede imitar acciones que ha visto antes.

Disfruta poniendo objetos en un recipiente y sacándolos.

Busca un objeto o persona que se esconde ante su mirada.

Comienza a dar pasitos en posición de gateo.



¿Cómo estimularlo?

Dele un recipiente y bloques grandes de plástico para que practique poniéndolos y sacándolos. Dele el ejemplo.

Preséntele juguetes con partes que se mueven, como perillas, palancas o puertas que se abran y cierren. Continúe desarrollando la noción de causa efecto, por ejemplo apretando un botón y que suene música.

Láncele autos grandes de plástico o pelotas, que pueda empujar en el suelo.

Esconda juguetes ante la presencia del bebé y promueva que los siga con la mirada y los busque. Escóndase usted mismo(a).

Continúe hablándole a su bebé en cada actividad que realicen juntos. Anticípelo(a) a lo que van a hacer, por ejemplo antes de salir con él o ella a la plaza.

En posición de gateo, sobre goma eva, ponga juguetes delante del bebé y estímúlelo a alcanzarlos. Si se cae al intentarlo, ayúdelo a avanzar tomándole ambos muslos.



PET

10 A 11
MESES



¿Qué hace mi bebé?

Empieza a comprender muchas palabras y frases simples. Comienza a señalar objetos de uso cotidiano y partes sencillas de su cuerpo cuando se le pide, como las de su cara. Ej. “¿dónde están los ojos?” y los muestra.

Incorpora: “mamá” también cuando ve al papá, ya que todavía no distingue totalmente el uso de ambas palabras.

Habla usando un balbuceo más conversacional, que mezcla sílabas con algunas palabras simples: “ma na nene mah”. Incluye cambios de voz, ritmo, expresiones faciales y gestos en ello.

Mueve su mano en respuesta al saludo o despedida. Aplaude cuando otro lo hace y se lo pide.

Inicia la producción de onomatopeyas básicas, ante solicitud. Por ejemplo: frente a “¿cómo hace el gato?”...dice: “¡miau!”. Imita sonidos producidos por objetos, como cuando estos se caen. Puede comenzar a sacudir su cabeza mientras dice: “¡no!”.

Le gusta jugar a poner y sacar anillos o aros grandes en juegos de ensartar.

Usando las pinzas de sus manos (dedos pulgar e índice), recoge objetos pequeños. Puede tomar, por ejemplo, un trocito de galleta.

Puede gatear bien sobre sus manos y rodillas, con el tronco paralelo al piso. Comienza a agarrarse de los muebles para poder pararse.



¿Cómo estimularlo?

En posición de gateo, póngale objetos en frente, no muy cerca, o ubíquese usted lejos del niño(a) y llámelo, para que avance y explore más allá de su posición.

Cántele canciones que incorporen partes de la cara y gruesas del cuerpo. Procure mostrarle las partes nombradas.

Repítale sus palabras usando lenguaje adulto. Por ejemplo, si pide su “a ma”, refuerce la pronunciación correcta preguntándole: “¿Quieres tu mamadera?”.

Tenga conversaciones con su bebé. Cuando él/ella haga sonidos o “palabras” no entendibles, dígame “¿En serio? ¡Guauu! ¡Qué interesante!”. Promoviendo que siga hablando.

Expresa constantemente los nombres de las cosas. Describa “paso a paso” lo que está haciendo en actividades cotidianas del hogar. Cuando vayan a salir de paseo, describa los pasos de lo que harán: “Voy a sentarte en el coche. Te voy a amarrar el cinturón y después vamos a abrir la reja para ir a la plaza”.

Realice y ayúdelo(a) a hacer las acciones que corresponden a las palabras, por ejemplo decir “chao” verbalmente y hacer el gesto con la mano.

PET

11 A 12
MESES



¿Qué hace su bebé?

Dice palabras y sonidos que parecen palabras, y puede usarlas con sentido.

Balucea estímulos encadenados con entonación, que suenan como si hablara otro idioma.

Sigue instrucciones sencillas, como “por favor pásame la pelota” o “recoge el zapato”, con apoyo de señalamiento.

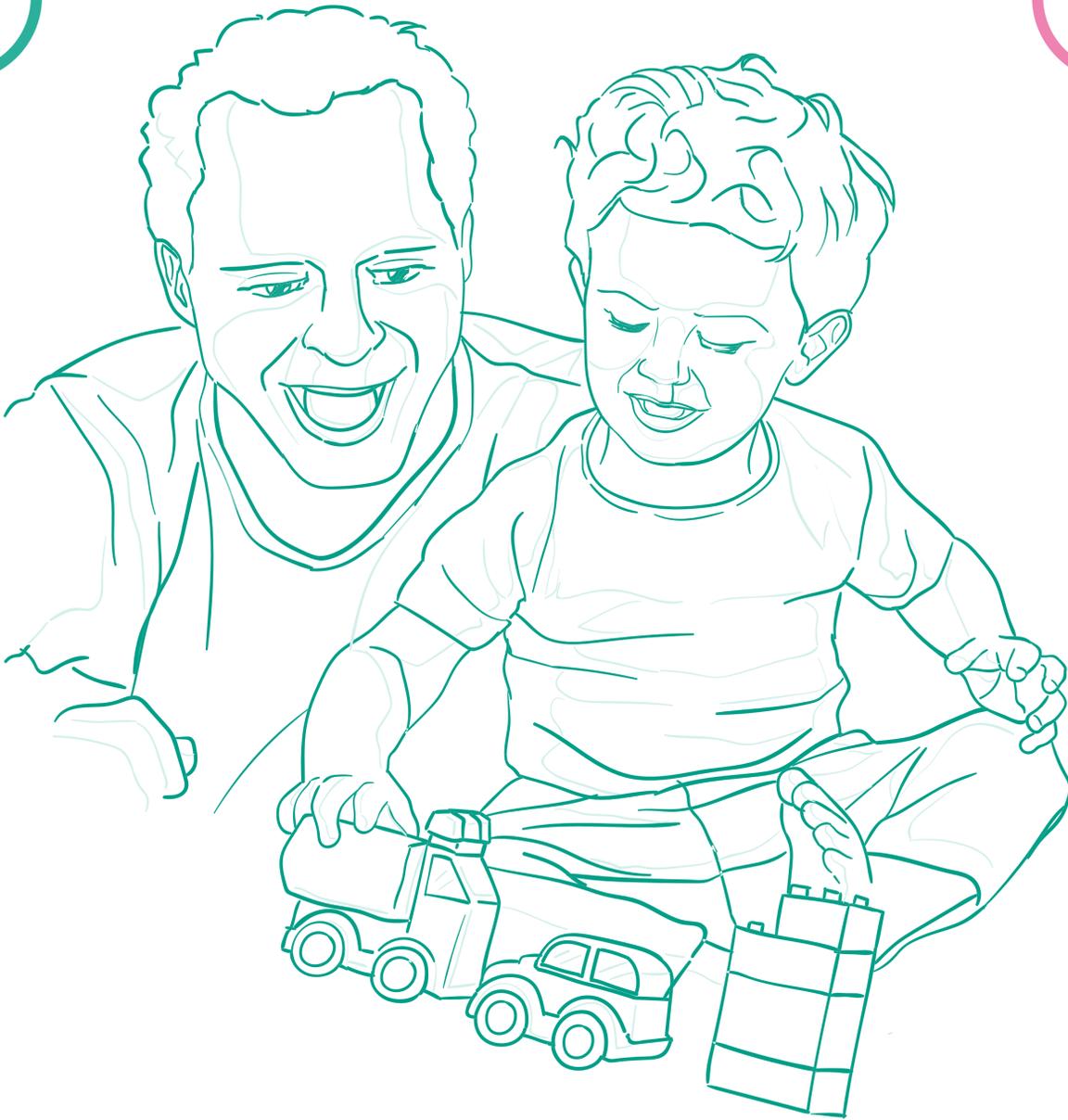
Le gusta ver cuentos o libritos infantiles y voltear las páginas. Disfruta cuando los padres se los narran (ver cuento el Mono Memo y la limonada en página 66).

Empuja, lanza y tira cosas y juguetes al suelo. Construye torres muy pequeñas con bloques.

Gatea por todos lados, incluso podría subir escaleras gateando. Puede caminar afirmándose de muebles, soltándolos un momento y parándose sin apoyo. Da pasitos al sostenerlo/a de pie. Puede tratar de recoger un juguete estando parado. Algunos bebés dan sus primeros pasos solitos, extendiendo las manos hacia los lados para equilibrarse.

Comienza a colaborar en tareas diarias que lo incluyen, como subir brazos o piernas para ayudar a vestirse.

Comprende el uso de algunos objetos, empleándolos por su función: usa la peineta para peinarse, habla por teléfono por ejemplo.



¿Cómo estimularlo?

Ayúdele a comprender instrucciones, separándolas en pasos y entregándoselas lentamente.

Haga contacto visual con su bebé durante el juego, respóndale con entusiasmo. Prolongue el balbuceo. Por ejemplo, si lo hace manipulando una vaca, dígame: “¡Sí, la vaca! Esa es una vaca, hace múuuu...”.

Nombre grupos de elementos: alimentos, frutas, verduras, medios de transporte, ropa y déle alguna característica, color, tamaño. Llévelo a lugares donde pueda vivenciar estos aprendizajes, como: una granja o la feria.

Muéstrele y léale al bebé libritos con dibujos coloridos; pídele que señale o nombre objetos conocidos, que haga sus sonidos.

Propicie situaciones de uso de juguetes y objetos por función, por ejemplo acunar a una muñeca, barrer, revolver una taza plástica con una cucharita.

Si su bebé ya está operado del paladar, estimule el soplo por boca con elementos livianos, como burbujas o plumas. Si sale el aire por la nariz, enséñele a taponarla.

Estimule y participe del juego con su bebé. Es la base para el desarrollo del lenguaje futuro.

Sea paciente, tiene tiempo para caminar hasta los 15 meses, pero propicie que lo haga.



El mono Memo y la limonada

Nota: Leer en un ambiente tranquilo, variando la entonación de su voz.

Había una vez un mono llamado Memo. Él estaba cansado de comer bananas y quería comer limones, pero había buscado y buscado y no encontraba. Fue donde el mono mago de la manada, llamado Nano, quien le dijo que repitiera estas palabras mágicas: **“ma me mi mo mu limones quiero yo, limones quieres tú”**.

Debía repetirlas abajo del árbol mágico y ante sus ojos el árbol se llenaría de limones. Para encontrar el árbol, Memo debía seguir el mapa que le dio el mago Nano.



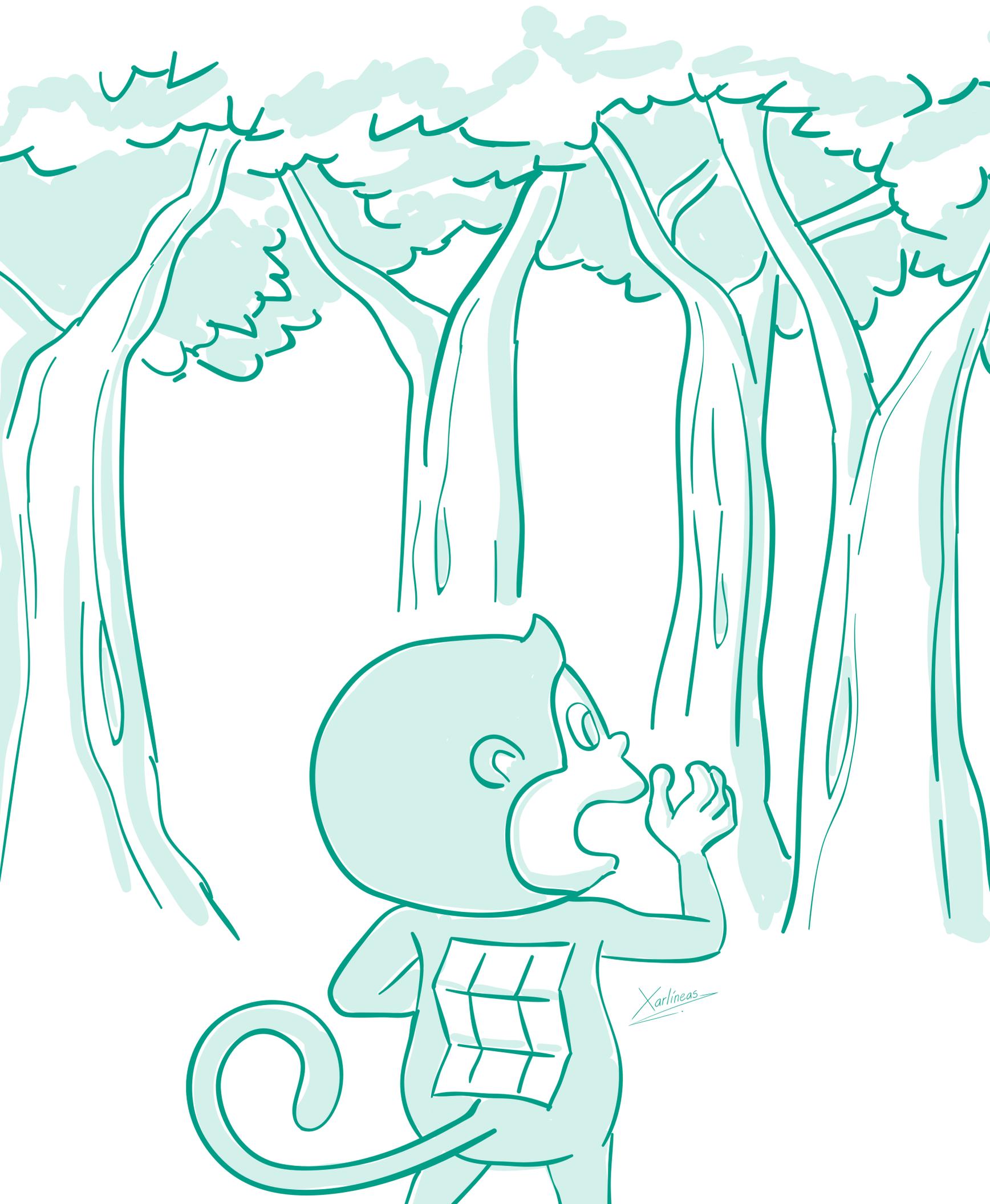


Partió feliz cantando las palabras mágicas:

“ma me mi mo mu limones quiero yo, limones quieres tú”.

Memo, luego de mucho caminar, se sintió cansado y paró a dormir un rato. Al despertar, el mapa del mago Nano no estaba en sus manos. Memo lo buscó debajo de las hojas y de las rocas donde durmió pero no apareció. Se puso triste en un comienzo, pero luego miró el bosque que lo rodeaba y dijo: sé que era por acá, en cada árbol diré las palabras mágicas y no me rendiré, así que comenzó en cada árbol a decir:

“ma me mi mo mu limones quiero yo, limones quieres tú”.

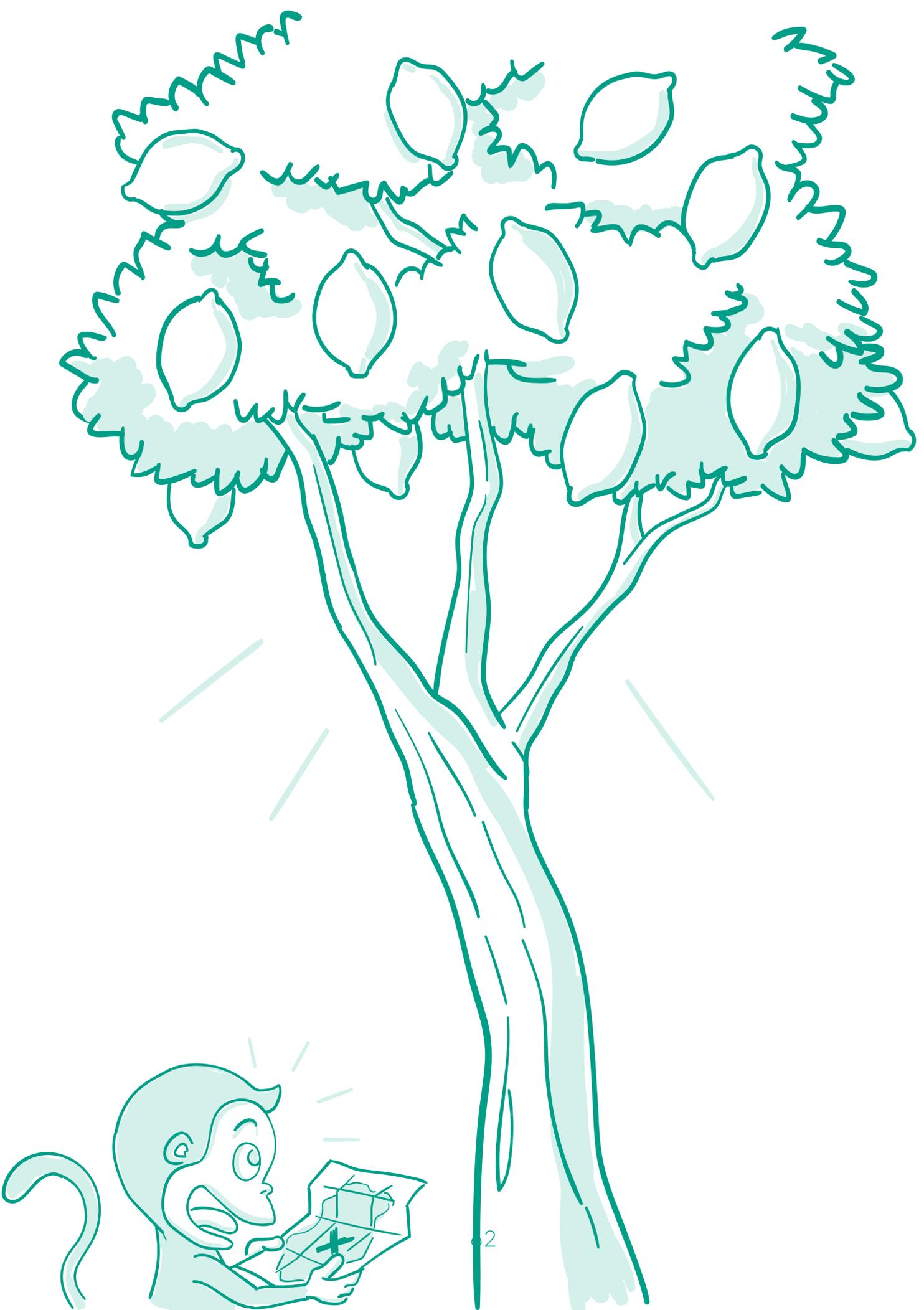




Ya entrada la tarde, Memo lo había dicho muchas veces sin éxito. Sin rendirse, se paró nuevamente ante un árbol a decir las palabras mágicas:

“ma me mi mo mu limones quiero yo, limones quieres tú”.
y de este árbol comenzaron a crecer los más ricos limones que había visto en su vida.

¡Memo saltó de felicidad! Y al saltar, de su piel cayó el mapa.
¡Se había quedado pegado en su espalda cuando dormía!
Revisó el mapa y se dio cuenta que el Mago Nano le había marcado otro árbol al que también fue a decir las palabras mágicas y del que también salieron ricos limones.





Ese día Memo fue donde el mago a compartir la mejor limonada del mundo y contarle que había descubierto un nuevo árbol mágico.

Fin.



PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS PADRES Y CUIDADORES



1. ¿CÓMO TENGO QUE ALIMENTARLO?

Los niños(as) con fisura deben alimentarse en la forma más natural posible, es decir, del pecho de su madre. Según el tipo de fisura que el bebé presente será el grado de dificultad en su alimentación. Si no es posible alimentarlo directamente del pecho, se utilizarán las mamaderas que estén disponibles, con leche materna u otra leche indicada por el pediatra. La sonda nasogástrica sólo será utilizada en casos muy excepcionales.

2. ¿CÓMO HABLARÁ? ¿SERÁ GANGOSO?

No todos los niños(as) con fisura presentan voz nasal. Sólo los niños(as) que presentan una fisura con compromiso del paladar blando pueden presentar voz nasal. Los niños(as) con fisura labial aislada o fisura del paladar duro no presentan voz nasal. Aproximadamente el 80% de los niños con fisura de paladar blando logran una voz normal posterior a la cirugía; en el 20% restante generalmente se observan signos de voz nasal y problemas de pronunciación que se pueden corregir con tratamiento fonoaudiológico y/o quirúrgico.

3. ¿POR QUÉ ME TOCÓ A MÍ?

Según estudios publicados, el 25% de los niños(as) con fisura tienen un antecedente familiar de fisura. El resto no tiene causa demostrada y aún está en estudio. En estos casos se supone alguna predisposición genética sumada a algún factor ambiental.



PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS PADRES Y CUIDADORES



4. ¿POR QUÉ NACIÓ ASÍ?

Las fisuras faciales son malformaciones congénitas que se producen en el segundo mes de embarazo, por una detención en el desarrollo del rostro del embrión en que las estructuras que van a formar la cara no se unen, debido a factores que continúan en estudio. En el 65% de los casos no se ha determinado una causa precisa para este tipo de malformación.

5. ¿CÓMO SERÁ AL CRECER?

Si el niño o niña recibe los cuidados básicos de salud y es tratado en forma integral por un equipo de expertos, tiene todas las probabilidades de ser un niño(a) normal. Si la familia lo acoge como a cualquiera de sus hijos, y le brinda la oportunidad de un tratamiento adecuado, disminuye la probabilidad que presente problemas de conducta, de rendimiento, o de personalidad.

6. ¿CUÁNTO DURA EL TRATAMIENTO?

Antes de los dos años, deben realizarse las cirugías básicas para cerrar el labio y el paladar; luego, debe recibir tratamiento en las diferentes especialidades según el grado de compromiso (audición, voz, habla, dentición, cicatrización, aspectos psicológicos y otros), que acompañarán al niño(a) hasta que termine el crecimiento en la adolescencia.



PREGUNTAS FRECUENTES DE LOS PADRES Y CUIDADORES



7. ¿CÓMO SE RELACIONARÁ CON SUS PARES?

El niño(a) con fisura está en condiciones de vincularse normalmente con sus compañeros y amigos. La presencia de una fisura no debiera afectar su socialización ni su capacidad para relacionarse con otras personas.

8. ¿LO ACEPTARÁN EN EL COLEGIO?

Si, el colegio acoge a niños(as) con fisura en igualdad de condiciones que sus compañeros, sin darle un trato especial y promoviendo su integración, entonces no tendrá ninguna dificultad de aceptación en el ámbito escolar. Aquí es fundamental la participación de los educadores y la comunicación entre ellos y los padres y cuidadores, para que al niño(a) se le exija como a cualquier otro, se le facilite su asistencia a los controles, y se evite que sea segregado.

9. ¿TENDRÁ QUE IR A ESCUELA ESPECIAL?

La presencia de una fisura aislada no se relaciona con dificultades en el aprendizaje o rendimiento escolar. Por lo tanto, la probabilidad de que un niño(a) con fisura aislada necesite asistir a una escuela especial es la misma que para cualquier niño(a) sin fisura.



Queridos Padres:

Les llamo así porque me siento en la libertad de hacerlo, pues hace algunos años (25 para ser exacta) estuve en su misma situación. Fueron momentos de mucho dolor, angustia y sentimientos encontrados, pero hoy entiendo que esa prueba que Dios puso en mi camino (tener un hijo con fisura) fue la mejor y más grande experiencia que me ha tocado vivir.

Sé que para alguno de ustedes es un poco difícil de entender, puesto que vemos a nuestros hijos “sufrir” (entrar a pabellón, exámenes, dentistas, etc.), y a una muy corta edad, pero ellos nacen con una valentía extraordinaria, que quizás la deberíamos tener nosotros.

Este camino que haremos juntos será largo, a veces agotador, pero lleno de aprendizaje y rodeado de gente maravillosa (profesionales, familia, padres) que nos ayudarán.

Cuando tengan dudas y su corazón se apriete por alguna angustia que les invada, recuerden siempre que sus hijos los escogieron desde el cielo para que fueran sus padres, somos así de especiales para ellos.

Me despido con un gran abrazo y ojalá puedan sentir como yo, que agradezco todos los días por ser la madre que soy y poder aprender a diario de mi hijo.

Elizabeth Barrera.



Álvarez C., D., Palomares A., M., Giugliano V., C., & Curihual A., P. (2014). *Articulación compensatoria en niños chilenos con fisura labiopalatina*. *Revista Chilena De Fonoaudiología*, 13(0).

Álvarez, D., Palomares, M. y Villena, C. (2008). *Tratamiento fonoaudiológico*. En Monasterio, A. *Tratamiento interdisciplinario de las fisuras labiopalatinas* (pp. 173-186.). Santiago: Fundación Gantz.

Álvarez, D., Palomares, M., Quezada, V. y Villena, C. (2004). *Evaluación de la insuficiencia velofaríngea: presentación de un protocolo de evaluación para pacientes portadores de fisura labiopalatina*. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 5(2), 41-55.

Bloom, L. (1980). *Language Development, Language Disorders, and Learning Disabilities: LD 3*. *Bulletin of the Orton Society*, 30, 115-133.

Bzoch, K., League, R., & Brown, V. (2003). *Receptive-expressive emergent language test*. Austin, TX: PRO-ED.

Cooper-Brown, L., Copeland, S., Dailey, S., Downey, D., Petersen, M., Stimson, C., & Van Dyke, D. (2008). *Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes*. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 147-157.

Edmondson, R., & Reinbartsen, D. (1998). *The Young Child with Cleft Lip and Palate: Intervention Needs in the First Three Years*. *Infants & Young Children*, 11(2), 12-20.

Fundación Gantz. (2020). *Recuperado de Fundación Gantz website: <https://gantz.cl/>*

Giugliano, C. (2008). *Cirugía de Insuficiencia Velofaríngea*. En Monasterio, *Tratamiento Interdisciplinario de las Fisuras Labio Palatinas* (pp. 363-378). Santiago: Fundación Gantz.

Iverson, J. (2010). *Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development*. *Journal Of Child Language*, 37(2), 229-261.

Kummer, A. (2011). *Speech Therapy for Errors Secondary to Cleft Palate and Velopharyngeal Dysfunction*. *Seminars In Speech And Language*, 32(02), 191-198.

Kummer, A. (2014). *Speech Evaluation for Patients with Cleft Palate*. *Clinics In Plastic Surgery*, 41(2), 241-251.

Maggiolo, M., De Barbieri, Z., Zapata, O. (1999). *Presentación de un programa de estimulación temprana para el desarrollo de la comunicación*” *Rev. Fonoaudiológica*, 45(2), 25-39 .



Maggiolo, M., De Barbieri, Z. (1999). Programa de estimulación temprana del lenguaje. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 1, 31-40.

Marrinan, E., & Shprintzen, R. (2006). Cleft palate and craniofacial disorders. En N. Anderson, & G. Shames, *Human Communication Disorders: An Introduction* (pp. 263-278). Boston: Pearson Education.

Marrinan, E., LaBrie, R. R., & Mulliken, J. (1998). Velopharyngeal function in nonsyndromic cleft palate: relevance surgical technique, age repair and cleft type. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 21(1), 263-269.

Miller, C. (2011). *Feeding Issues and Interventions in Infants and Children with Clefts and Craniofacial Syndromes*. *Seminars In Speech And Language*, 32(02), 115-126.

Ministerio de Salud (2005). *Guía Clínica Fisura Labiopalatina*.

Ministerio de Salud (2009). *Guía Clínica Fisura Labiopalatina*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7220f6b9b01b4176e04001011f0113b7.pdf>

Ministerio de Salud (2013). *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil*. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>

Ministerio de Salud (2015). *Guía Clínica Fisura Labiopalatina*. Recuperado de: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/guia-FisuraLabioPalatina-2015-CM.pdf

Nazer H, Julio, & Cifuentes O, Lucía. (2014). Prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en las maternidades chilenas participantes en el ECLAMC en el período 2001-2010. *Revista médica de Chile*, 142(9), 1150-1156.

Palomares, M., & Inostroza, F. (2019). Intervención Fonoaudiológica en pacientes con Fisura Labiopalatina, Insuficiencia velofaríngea y trastornos de habla. En Moya, *Evaluación e Intervención Logopédica en Motricidad Orofacial y áreas afines* (1.ª ed., pp. 201-215). Madrid: EOS.

Palomares, M., Inostroza, F., Giugliano, C., & Urzúa, M. S. (2019). Intervención Quirúrgica y Protésica de la IVF en la Fisura Labiopalatina. En Moya, *Evaluación e Intervención Logopédica en Motricidad Orofacial y áreas afines* (1.ª ed., pp. 187-200). Madrid: EOS.

Palominos, H., & Montenegro, M. (2008). Embriología. En *Monasterio, Tratamiento interdisciplinario de las fisuras labio palatinas* (pp. 23-32). Santiago: Fundación Gantz.



Paolini, C., Oiberman, A. (2017). *Edad de adquisición de la permanencia de objeto en bebés argentinos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 63(3), 163-173.

Pardo Quiñones, M. y Edwards Guzmán, M. (2013). *Manual del examinador TADI (Volumen 1)*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

Pecci, M., Herrero, T., López, M., Mozos A. (2010) *El juego en el desarrollo infantil. En El juego infantil y su metodología (1.ª ed., pp. 29-50)*. Mcgraw-Hill Interamericana De España S.L.

Perry, J. (2011). *Anatomy and Physiology of the Velopharyngeal Mechanism. Seminars In Speech And Language*, 32(02), 083-092.

Quintana, K. (2020). *El Juego y su importancia en el desarrollo infantil temprano. Recuperado de Chile Crece Contigo website : <http://www.crececontigo.gob.cl/columna/el-juego-y-su-importancia-en-el-desarrollo-infantil-temprano/>*

Reid, J. (2004). *A Review of Feeding Interventions for Infants With Cleft Palate. The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 41(3), 268-278.

Shprintzen, R., & Bardach, J. (1995). *Cleft palate speech management*. St. Louis: Mosby.

Tashamiro, A. (2011). *Fisura Labio Palatina: Nueva metodología de Intervención fonoaudiológica*. Buenos Aires: AKADIA.

Tastets, M. (2008). *Clasificación: Aspectos Básicos. En Monasterio, Tratamiento Interdisciplinario de las Fisuras Labio Palatinas (pp. 73-83)*. Santiago: Fundación Gantz.

Tresserra, L. (1977). *Tratamiento del labio leporino y fisura palatina*. Barcelona: JIMS.

Ysunza, A., & Pamplona, M. (2006). *Disfunción del esfínter velofaríngeo. y su tratamiento. Cirugía Plástica*, 16(1), 62-68.