# ADAPTACIÓN DE GUÍA DE INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN ALIMENTACIÓN Y ARTICULACIÓN PARA PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO

**Autoras del proyecto:**

Claudia Marcela Gómez Castillo - 1941873

Eva María Madrid Zambrano - 1940532

Daiana Carolina Ticora Silva - 1942162

Laura Daniela Vidal Astudillo - 1941618

Trabajo de grado para optar al título de Fonoaudiólogas.

**Tutora:**

Rosa Virginia Mora Guerra

Fonoaudióloga y Magíster Salud Pública

Grupo de investigación: Cátedra en Discapacidad y Rehabilitación

Filial: Profesora asistente

Línea de investigación: Condiciones de salud, funcionamiento humano y propuestas de intervención/rehabilitación. Calidad de vida de las personas con discapacidad.

Universidad del Valle

Facultad de Salud, Escuela de Rehabilitación Humana

Santiago de Cali

2025

## DEDICATORIA

*A Dios toda la gloria y honra, por ser mi sustento y mi fuente de paz en medio de este proceso. A mi Madre y Padre (Betty y Álvaro) por su apoyo, sacrificio y amor incondicional, por ser quienes me dieron las palabras de motivación para no rendirme en el camino y quienes me hicieron ver que si era capaz de lograrlo. A mis hermanos (Feli, Betto y Alex) por su respaldo, motivación y amor. A mi prima Lau, por ser siempre mi compañía y brindarme amor incondicional. A mis amigas y futuras colegas Daiana, Eva y Laura, por ser motivación cada día, por ser fuente de alegría, por brindarme fortaleza, amor y por hacer de este proceso algo tan lindo y con propósito. Mi agradecimiento total, devoción y amor a ustedes por acompañarme en este camino.*

**(Claudia Marcela Gómez Castillo)**

*A Dios, mi refugio, quien me sostuvo en cada paso del camino e hizo posible aquello que parecía inalcanzable. A mi familia (Maria Zambrano, César Madrid y Luisa Madrid), mi ejemplo de fortaleza, por su inagotable e incondicional amor, por apoyarme en cada desafío desde cerca, y desde lejos, por enseñarme que puedo lograr grandes cosas. A mi prometido (Juan Pablo Gómez Gil), mi regalo celestial, a quien amo y admiro con todo mi corazón, por cuidarme cada día y animarme a lograr mis metas. A mis amigas, el motor que impulsó este logro profesional y quienes -además- me enseñaron el valor de la amistad; sin ellas no hubiera sido posible. Honro con devoción a los mencionados y les agradezco por transitar conmigo este proceso tan lleno de aprendizajes.*

**(Eva María Madrid Zambrano)**

*A mi madre (Rosmery Silva), por su entrega incondicional, por ser mi modelo de valentía a seguir y por sostenerme desde que estaba en brazos hasta hoy culminando una de las etapas más importantes de mi vida; a mi compañero de vida (Johan Corrales), por ser mi apoyo, mi sostén y mi mayor admirador, por animarme a cumplir cada una de mis metas; a mi ser sintiente (Melcocha) por su fiel e incondicional compañía durante la realización de este trabajo; a mis amigas, compañeras de trabajo de grado y próximas colegas (Claudia Marcela Gómez, Eva Madrid y Laura Daniela Vidal) porque sin ellas no hubiese sido posible llegar hasta acá, su apoyo, su amistad y sus fervientes ganas de ser mejores cada día, hicieron que hoy estemos escribiendo estas palabras. Todo mi amor y mi gratitud para ustedes, por ser pilar y motor en este camino trazado de aprendizajes.*

**(Daiana Carolina Ticora Silva)**

*A Dios, quien me dio la fuerza y sabiduría necesaria en este hermoso camino. A mi familia (Andrea Carmona, Marcela Carmona y Tatiana Valencia), por ser fuente de apoyo y amor incondicional; a mi madre (Olga Astudillo), por sus sacrificios y fe en mí; a mis hermanos (Live Porras y Cristian Vidal), por ser mi soporte y empujoncito diario, este trabajo es el reflejo de su amor. A mis compañeras de tesis y amigas, por su apoyo, amor y comprensión, mi agradecimiento es infinito. Dedico a los mencionados este logro; todo mi amor y agradecimiento a ustedes por su compañía en este recorrido.*

**(Laura Daniela Vidal Astudillo)**

.

## AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de tesis y más querida docente del Programa Académico de Fonoaudiología, Rosa Virginia Mora Guerra, quien nos inspira a ser mejores profesionales con su dedicación, entrega y calidez humana; por motivarnos en la culminación de este proyecto, por creer en nosotras, por su escucha paciente, por mostrarse como una amiga dispuesta, por compartir con nosotras su sabiduría y sus enseñanzas, por compartir momentos llenos de risas, pero también -cuando era necesario- jalones de oreja. Gracias por despertar en nosotras el amor y vocación por la fonoaudiología; estaremos eternamente agradecidas por el valor que ha dejado en nuestras vidas y carrera profesional, la llevaremos siempre en nuestros corazones.

A nuestra querida Universidad del Valle, que nos acogió durante estos 5 años, brindándonos un espacio seguro de aprendizaje, de transformación, construcción y deconstrucción que nos ha permitido fortalecernos como personas y futuras profesionales. Además de la formación académica de excelencia, nos ofreció un espacio de crecimiento personal, dándonos la oportunidad de conocer personas maravillosas, vivir momentos especiales, fortalecer nuestro espíritu de lucha y ver el mundo de otras formas. Finalmente, valoramos y reconocemos el esfuerzo de toda la comunidad universitaria, desde el personal administrativo hasta el cuerpo docente, por mantener altos estándares educativos y promover una visión integral de la profesión. Gracias a ustedes, este trabajo de grado es un reflejo del conocimiento, los valores y la dedicación que caracterizan a la Universidad del Valle.

¡Pública la recibimos, pública la entregamos!

## RESUMEN

Las fisuras labio palatinas son defectos craneofaciales producidos por alteraciones embriológicas en la formación de la cara. Constituye la malformación congénita más frecuente de la región facial y afecta a 10.9 por cada 10.000 nacidos vivos en Cali, con una mayor prevalencia en hombres y en estratos socioeconómicos más bajos. A nivel nacional se han establecido protocolos de intervención médico quirúrgicas, las cuales contiene una limitada rigurosidad metodológica y quehacer fonoaudiológico, es por esto que el presente proyecto, tuvo como objetivo realizar una adaptación de una guía de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación para el manejo de los pacientes con fisura labiopalatina. La metodología empleada es de tipo descriptiva y se desarrolló bajo un enfoque mixto, en base a la Guía Metodológica Adopción- Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. Se realizó una revisión bibliográfica de Guías de Práctica Clínica y artículos de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación, buscando mejorar la calidad de vida en aspectos anatómicos y funcionales de estos pacientes en la práctica de los profesionales en fonoaudiología. Se concluye que, las Guías de Práctica Clínica son una herramienta importante para la intervención de esta población las cuales pueden disminuir la variabilidad de la atención y promover la toma de decisiones para un manejo integral por parte de los profesionales en fonoaudiología que favorezcan al usuario y su familia.

**Palabras clave:** paladar hendido, labio hendido, guía de práctica clínica, fonoaudiología, habla, trastornos de alimentación y de la ingesta de alimentos

## ABSTRACT

Cleft lip and palate are craniofacial defects caused by embryological alterations in the formation of the face. They are the most common congenital malformation in the facial region and affect 10.9 per 10,000 live births in Cali, with a higher prevalence in males and in lower socioeconomic strata. At the national level, medical-surgical intervention protocols have been established, although these have limited methodological rigor and speech therapy involvement. Therefore, the aim of this project was to adapt a speech therapy intervention guide for feeding and articulation in the management of cleft lip and palate patients, with the goal of improving the quality of life in the anatomical and functional aspects of these patients in the practice of speech therapy professionals.

**Keywords:** cleft palate, cleft lip, clinical practice guideline, speech therapy, speech, feeding and eating disorders.

## CONTENIDO

**1. INTRODUCCIÓN** **12**
**2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN** **14**
**3. JUSTIFICACIÓN** **19**
**4. OBJETIVOS** **20**
4.1 Objetivo general 20
4.2 Objetivos específicos 20
**5. APROXIMACIÓN TEÓRICA** **21**
**6. MARCO TEÓRICO** **23**
6.1 Fisura Labiopalatina 23
6.1.1 Definición 23
6.1.2 Clasificación 23
6.1.3 Tratamiento 24
6.1.4 Cirugía 24
6.1.5 Tratamiento odontológico 25
6.2 Características de la clínica fonoaudiológica en Fisura Labiopalatina 26
6.2.1 Dificultades en la alimentación 27
6.2.2 Lactancia 28
6.2.3 Insuficiencia velofaríngea (IVF) 28
6.2.4 Imbalance muscular orofacial 29
6.2.5 Articulaciones compensatorias 29
6.2.6 Terapia miofuncional 31
6.2.7 Lenguaje 31
6.3 Guía de Práctica Clínica (GPC) 32
6.4 Adaptación de Guías de Práctica Clínica 32
**7. METODOLOGÍA** **34**
7.1 Tipo de estudio 34
7.2 Enfoque y diseño de estudio 34
7.3 Participantes del estudio 34
7.4 Fases de estudio 36
7.4.1 Fase 1: Revisión documental y análisis 36
7.4.2 Fase 2: Adaptación y elaboración de la guía 38
7.4.3 Fase 3: Consenso de expertos 38
7.5 Unidad de análisis 41
**8. RESULTADOS** **45**
8.1 Resultados Fase 1: Revisión documental y análisis 45

8.1.1 Resultados fase 1.1. Búsqueda de Guías de Práctica Clínica y análisis primario 45
8.1.2 Tamización Secundaria 55
Tamización secundaria. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015). 57
8.1.3 Evaluación de calidad de la GPC instrumento AGREE II 64
8.1.4 Análisis y selección de la GPC a utilizar 68
8.1.5 Búsqueda de artículos y análisis primario para recomendaciones 70
8.2 Resultados Fase 2: Adaptación de la GPC. 77
8.2.1 Alcance de la guía 78
8.2.1.1 Tipo de pacientes incluidos en esta guía. 78
8.2.1.2 Usuarios a los que está dirigida la guía. 78
8.2.2 Declaración de intención 79
8.2.3. Objetivos 79
8.2.4 Intervención 80
8.2.5 Recomendaciones globales 80
8.2.5.1 Consejería. 81
8.2.5.3 Errores de colocación no oral. 82
8.2.5.4 Errores orales respaldados. 82
8.2.5.6 Enfoque fonológico de la terapia del habla. 83
8.2.5.7 No se recomienda alimentación por sonda. 83
8.2.5.8 Lactancia materna, no nutritiva. 84
8.2.6 Recomendaciones 85
8.2.6.1 Tratamiento/rehabilitación de Fisura labial, palatina y labio-palatina en alimentación. 85
8.2.6.1.1 Preguntas clínicas. 85
8.2.6.1.3 Objetivos para fisura palatina y labio palatina en alimentación. 85
8.2.6.1.4 Recomendaciones para fisura labial en alimentación. 86
8.2.6.1.5 Recomendaciones para fisura palatina en alimentación. 88
8.2.6.1.6 Recomendaciones para fisura labiopalatina en alimentación. 91
8.2.6.2 Tratamiento/rehabilitación de Fisura labial, palatina y labio-palatina en articulación. 94
8.2.6.2.1 Pregunta clínica. 94
8.2.6.2.2. Pregunta clínica. 95
8.2.6.2.3. Síntesis de evidencia. 95
8.2.6.2.5. Recomendaciones para fisura labial aislada en articulación. 98
8.2.6.2.6. Recomendaciones para fisura de paladar en articulación. 99
8.2.6.2.7. Recomendaciones para fisura labiopalatina en articulación. 99
8.2.6.2.4. Recomendaciones. 100
8.2.6.3 Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación. 102

8.2.6.4 Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en articulación. 108
8.2.7 Declaración de conflictos de interés 111
8.3 Resultados Fase 3: consenso de expertos 111
**9. DISCUSIÓN 118**
**10. CONCLUSIONES 121**
**11. RECOMENDACIONES 122**
**12. REFERENCIAS 123**
**13. ANEXOS 134**

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ítems Evaluación de Guías según AGREE II.. 17
Tabla 2. Clasificación de Veau para Labio y Paladar hendido. 25
Tabla 3. Tipos de articulaciones compensatorias presentes en el habla de personas con Fisura Labiopalatina. 32
Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión Documental. 37
Tabla 5. Criterios de exclusión e inclusión de los profesionales expertos 40
Tabla 6. Variables del desarrollo de la investigación. 43
Tabla 7. Panel de expertos 45
Tabla 8. Documentos de Tamización primaria de GPC. 50
Tabla 9. Tamización secundaria. Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009). 57
Tabla 10. Tamización secundaria. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015). 58
Tabla 11.Tamización secundaria. Guia de Manejo de Pacientes con labio y/o paladar hendido (HOMI, 2009). 60
Tabla 12.Tamización secundaria. Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica (Gonzalez, G. y Prado, M., 2011). 61
Tabla 13.Tamización secundaria. Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate (ASHA, 2019). 63
Tabla 14. Recopilación resultados tamización secundaria. 64
Tabla 15. Puntuación de los dominios según el AGREE II de (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009). 67
Tabla 16. Puntuación de los dominios según el AGREE II de (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015). 68
Tabla 17. Herramienta de análisis y selección de GPC. 70
Tabla 18. Análisis primario de documentos de intervención fonoaudiológica en niños y niñas con labio y paladar fisurado. 73
Tabla 19. Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación en fisura labial (FL). 103
Tabla 20. Recomendaciones en alimentación para Fisura Palatina (FP) 105
Tabla 21. Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación para Fisura Labio Palatina (FLP) 107
Tabla 22. Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en articulación para Fisura Labial (FL), palatina (FP) y labio-palatina (FLP) 110
Tabla 23. Tabla de calificación por parte de expertos: Coherencia, suficiencia, calidad y pertinencia de la propuesta presentada 115
Tabla 24. Calificación AGREE II - Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Chile, 2009) 141
Tabla 25. Calificación AGREE II - Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Chile, 2015) 144

# LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Flujograma de búsqueda de GPC. 48
Gráfico 2. País de publicación de GPC de Revisión Documental. 53
Gráfico 3. Idioma de las GPC tomadas para Revisión Documental. 54
Gráfico 4. Motores de búsqueda. 55
Gráfico 5. Instituciones implicadas en el desarrollo de las GPC seleccionadas. 56
Gráfico 6. Fórmula para calcular la puntuación de los dominios. 66
Gráfico 7. Flujograma de búsqueda de artículos. 72

# 1. INTRODUCCIÓN

Las fisuras labiopalatinas son defectos craneofaciales producidos por alteraciones embriológicas en la formación de la cara. Constituye la malformación congénita más frecuente de la región facial, provocada específicamente en dos puntos del desarrollo embrionario, entre las semanas cinco y siete de gestación por la ausencia de fusión de los procesos frontales, y entre las semanas seis y nueve por la ausencia de fusión de los procesos palatinos. Otra razón puede ser por la formación inadecuada de tejido estructural, ya sea tejidos óseos o blandos, de estructuras como labio, paladar o reborde alveolar (Pusapaz Pusapaz, Arturo Terranova y Arturo Terranova, 2022). La etiología multifactorial de la fisura labiopalatina está influida por factores genéticos y ambientales, sin embargo, no existen estudios concluyentes que ayuden a determinar con exactitud las causas que la provocan, de manera que no se cuenta con medios predictivos eficaces que permitan su prevención. (Palmero y Rodriguez, 2019).

El Labio y Paladar Fisurado (LPF) a nivel global, según Contreras-Acevedo et al. (2012) informan que su incidencia varía de 1:700 niños nacidos vivos, también se reporta una amplia variación racial y étnica en la incidencia de LPF, mencionando que en los asiáticos se presenta en 1:500 nacidos vivos, en los caucásicos 1:700 y en los africanos 1:1200.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una prevalencia conjunta a escala mundial del LPF, de un caso por cada 1000 o 1500 nacimientos, con variaciones entre los estudios y grupos de población. Aunque hay mayor predisposición genética a presentar estas anomalías, también influye la nutrición materna deficiente, la obesidad en el embarazo, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024).

En Colombia, el tratamiento de los pacientes con LPF ha avanzado significativamente en las últimas décadas gracias a la implementación de equipos de trabajo multidisciplinarios

que incluyen, entre otros, fonoaudiólogos, cirujanos maxilofaciales, odontólogos y psicólogos. Sin embargo, aún persisten retos importantes, como la falta de un protocolo unificado y accesible para la intervención fonoaudiológica en aspectos específicos de la alimentación y la articulación, como es mencionado por Guerrero-Abello et al. (2016). Por lo anterior, este trabajo de grado tuvo como objetivo principal la adaptación de una guía de intervención fonoaudiológica centrada en los aspectos de alimentación y articulación en pacientes con LPF, con el fin de proporcionar una herramienta práctica y efectiva para los profesionales del área; aportando a la comunidad general la estandarización de procedimientos, la distribución adecuada de recursos humanos y económicos, así como también favorecer la toma de decisiones de los profesionales en salud focalizada a intervenciones específicas, brindando la implementación de procedimientos que busquen el bienestar del paciente; por lo que el considerar la creación de una guía de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación para pacientes con LPF permite abordar un tratamiento temprano que favorecerá los resultados en estos pacientes. Aportaría también a la comunidad científica porque plantea una revisión bibliográfica acerca de la existencia de las rutas de intervención establecidas en diferentes países y cuál es su posible impacto en la evolución de los usuarios que la reciben.

# 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las fisuras labiopalatinas son defectos craneofaciales producidos por alteraciones embriológicas en la formación de la cara. Constituye la malformación congénita más frecuente de la región facial (Pusapaz Pusapaz, Arturo Terranova y Arturo Terranova, 2022).

A nivel global, según Contreras-Acevedo et al. (2012) informan que su incidencia varía de 1:700 niños nacidos vivos, también se reporta una amplia variación racial y étnica en la incidencia de LPF, mencionando que en los asiáticos se presenta en 1:500 nacidos vivos, en los caucásicos 1:700 y en los africanos 1:1200.

A nivel nacional, el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (2014) reporta que la prevalencia de LPF asociados es de 0.07% en el país, mientras que el reporte de estos eventos se da en menor proporción si se hace referencia por separado, siendo fisura labial 0.04% y paladar hendido 0.02 %.

El IV ENSAB (2014) con respecto a Hendidura Labial:

Se observa que la experiencia de los individuos con este tipo de malformación es de 0.10%, de este porcentaje se identifica un comportamiento similar entre zonas urbana, centro poblado y rural disperso, con 0.12 %, 0.08 % y 0.06 % respectivamente. Por grupos de edad, se encuentran variaciones importantes con mayores valores en los grupos de 1 y 18 años, así como entre 45 y 64 años, correspondientes a 0.22%, 0.44% y 0.24%; en modo similar ocurre en las regiones, en donde se reporta mayor prevalencia para Bogotá, con 0.27 %. En relación con la distribución por sexo, se

encuentra la fisura en el 0.03% de los hombres y 0.17% de las mujeres. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Según Lozada et al. (2014) con base a su estudio realizado sobre una revisión de historias clínicas del Hospital Universitario del Valle entre el 2002 y el 2011, se encontró que de las 170 historias clínicas revisadas de pacientes con LPF, respecto a la madre, la etnia predominante fue la mestiza en un 40%, afrodescendiente con un 25%, la etnia blanca un 16% y la indígena un 12%, el 7% no contó con información de grupo étnico. Además, es importante mencionar que de los 170 casos, el 57.8% fueron varones y el 41.1% mujeres, coincidiendo con el estudio de Duque et al. (2002) donde se concluye que el LPF es más común en varones. Se relaciona también en este estudio el estrato socioeconómico con la prevalencia de LPF, en la muestra incluyeron los estratos 1, 2 y 3, encontrando así el estrato 1 con mayor frecuencia con un 41.76%.

Jaramillo (2014) refiere la necesidad de garantizar una excelente calidad al brindar y recibir servicios de salud, los cuales suponen retos de toda índole. Por esta razón, surge la elaboración y uso de Guías de Prácticas Clínicas (GPC), las cuales contienen recomendaciones fundamentadas en evidencia científica para apoyar en el quehacer profesional, donde el paciente y su familia se beneficien de decisiones adecuadas y mejorar el cuidado en determinadas circunstancias clínicas. Adicionalmente, los beneficios que se obtienen del uso de pautas clínicas son variadas. El objetivo de su implementación es influir positivamente en la calidad de la atención médica y en la difusión de conocimientos científicos. Además, promueve el establecer políticas de salud y orientar la toma de decisiones desde una perspectiva económica. Desde un punto de vista legal, el uso de estas directrices también protege a los profesionales médicos frente a posibles demandas por negligencia. En relación con la calidad de la atención, es importante tener en cuenta que el uso de guías clínicas

médicas permite mejorar los resultados de salud, disminuir la variabilidad en la atención y fomentar la eliminación de tratamientos perjudiciales u obsoletos que resultan en costos innecesarios. Estas directrices proporcionan al médico información científica actualizada, decidiendo así la mejor opción tanto para el paciente como para él mismo.

Con el fin de unificar criterios y establecer niveles de calidad para el desarrollo de las GPC se ha llegado a un acuerdo internacional, el cual funciona como herramienta de evaluación de calidad de la información y de las recomendaciones que contienen las GPC denominado *AGREE "*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation for Europe" (Consorcio AGREE, 2009). Esta herramienta resulta útil para adecuarla a las guías ya existentes o para implementarla en las nuevas, está compuesta de 6 áreas las cuales contienen a su vez 23 preguntas claves; las áreas son: alcance y objetivo, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad y por último, independencia editorial. A continuación se describen los ítems del AGREE II:

**Tabla 1.**

***Ítems Evaluación de Guías según AGREE II.***

| **Ítems del AGREE II** |
|---|
| **Dominio 1. Alcance y objetivos** |
| 1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). |
| 2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). |
| 3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. |
| **Dominio 2. Participación de los implicados** |

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

**Dominio 3. Rigor en la elaboración**

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

**Dominio 4: Claridad de presentación**

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

**Dominio 5. Aplicabilidad**

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.

| **Dominio 6. Independencia editorial** |
|---|
| 22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía. |
| 23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guia. |

*Nota.* Tomado de Consorcio AGREE. (2009). INSTRUMENTO AGREE II. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Las GPC existentes para el tratamiento de pacientes con LPF, son guías que dan cuenta de los procedimientos que se deben seguir para un adecuado manejo de dichos pacientes y varían dependiendo del país, región, ciudad y/o instituciones clínico hospitalarias.

Tras la búsqueda y revisión de guías prácticas de manejo de pacientes con LPF a nivel nacional e internacional se plantea la necesidad de establecer una ruta y/o protocolo de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación basado en la evidencia en un hospital de tercer y cuarto nivel de la ciudad Santiago de Cali, puesto que, respecto al abordaje terapéutico de esta población, existen múltiples formas de intervención y falta de unificación en los criterios de atención basados en la evidencia, como es mencionado por Guerrero-Abello, et.al, (2016).

Esta investigación va a aportar a la comunidad general a la estandarización de procedimientos, la distribución adecuada de recursos humanos y económicos, así como también favorece la toma de decisiones de los profesionales en salud focalizada a intervenciones específicas, brindando la implementación de procedimientos que busquen el bienestar del paciente, por lo que el considerar la creación de una guía de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación para pacientes con LPF permite abordar un tratamiento temprano que favorecerá los resultados en estos pacientes, ya que se busca ofrecer un abordaje fonoaudiológico integral, interviniendo en las áreas de alimentación y

articulación. Aportaría también a la comunidad científica porque plantea una revisión bibliográfica acerca de la existencia de las rutas de intervención establecidas en diferentes países y cuál es su posible impacto en la evolución de los usuarios que la reciben.

# 3. JUSTIFICACIÓN

Las GPC existentes para el tratamiento de pacientes con LPF, son manuales que dan cuenta de los procedimientos que se deben seguir para un adecuado manejo de dichos pacientes y varían dependiendo del país, región, ciudad y/o instituciones clínico hospitalarias.

Tras la búsqueda y revisión de guías prácticas de manejo de pacientes con LPF a nivel nacional e internacional se plantea la necesidad de establecer una ruta y/o protocolo de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación basado en la evidencia, puesto que, respecto al abordaje terapéutico de esta población, existen múltiples formas de intervención y falta de unificación en los criterios de atención basados en la evidencia, como es mencionado por Guerrero-Abello, et.al, (2016).

Esta investigación aportó a la comunidad general a la estandarización de procedimientos, la distribución adecuada de recursos humanos y económicos, así como también favoreció a la toma de decisiones de los profesionales en salud focalizada a intervenciones específicas, brindando la implementación de procedimientos que busquen el bienestar del paciente, por lo que el considerar la creación de una guía de intervención

fonoaudiológica en alimentación y articulación para pacientes con LPF, permitió abordar un tratamiento temprano que favorece los resultados en estos pacientes, buscando ofrecer un abordaje fonoaudiológico integral en áreas que requieren los pacientes. Aportó también a la comunidad científica, ya que planteó una revisión bibliográfica acerca de la existencia de las rutas de intervención establecidas en diferentes países y cuál fue su posible impacto en la evolución de los usuarios que la reciben.

# 4. OBJETIVOS

## 4.1 Objetivo general

Adaptar una guía fonoaudiológica para el manejo en las áreas de alimentación y articulación de pacientes con Fisura Labiopalatina en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Santiago de Cali, a partir de una revisión bibliográfica de guías nacionales e internacionales.

## 4.2 Objetivos específicos

i. Seleccionar procedimientos validados científicamente, a partir de una revisión bibliográfica, para la adaptación de la guía de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación de personas con fisura labiopalatina.

ii. Describir los procedimientos fonoaudiológicos de intervención en los procesos de articulación y alimentación para el desarrollo de una guía que aborde las necesidades de esta población.

iii. Validar la fundamentación teórica y procedimental de la guía de intervención fonoaudiológica en pacientes con fisura labiopalatina a través de un consenso de expertos.

# 5. APROXIMACIÓN TEÓRICA

La Medicina Basada en Evidencia (MBE) se ha descrito como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes (Vega-de Céniga, et al., 2009), resaltando aquella información procedente de la investigación científica, cuidando siempre su calidad, aplicabilidad y disminuyendo la

importancia a experiencias no sistemáticas e intuición para la toma de decisión en un ámbito clínico. Se requieren niveles de conocimiento, estudio, evidencia e idoneidad para responder a análisis críticos y dar resultados pertinentes; es importante tener en cuenta preguntas como: “1) ¿cuáles son los resultados del estudio?; 2) ¿son estos resultados válidos?, y 3) ¿me ayudarán estos resultados en la toma de decisiones sobre mi paciente?”, teniendo como objetivo final disminuir la variabilidad en la atención al paciente, mejorar su calidad de vida y hacer justo la prestación de servicios en salud (Vega-de Céniga et al., 2009).

Adicionalmente, se tomó como referencia la *Guía Metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia* (2017), la cual recomienda “evaluar y adaptar guías internacionales antes que desarrollar guías locales teniendo en cuenta que los recursos para el desarrollo de las GPC necesarias pueden ser limitados”. Según los criterios mencionados de esta guía metodológica, el presente trabajo pretendió realizar una adaptación de una GPC, puesto que se revisarían las guías creadas para realizar ajustes de acuerdo al contexto nacional y aportes de nueva evidencia científica. El documento en mención, propone el proceso sistemático para la adaptación utilizando la metodología ADAPTE, a partir de búsquedas nacionales e internacionales ya existentes, y también la formulación de recomendaciones clínicas, y para la evaluación, propone el uso de la metodología DELBI (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2010).

Como referente teórico se utilizó la “Guía Clínica FISURA LABIOPALATINA” propuesta por el Ministerio de Salud de Chile, dado que según las revisiones realizadas a diferentes GPC esta es la más completa y la que muestra mayor rigurosidad metodológica de acuerdo a los estándares del instrumento AGREE II (Campos et al., 2019), por lo cual se propuso realizar una adaptación de esta guía de acuerdo a lo recomendado por la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colombiano (MinSalud, 2010). Esta guía realiza una división en etapas de vida denominados “nacimiento”, “periodo preescolar”, “periodo escolar” y “adolescencia” y cada una de estas etapas se dividen en 3 momentos diferentes denominados “periodo prequirúrgico”, “periodo quirúrgico” y “periodo post quirúrgico”, en los cuales participa un equipo multidisciplinario de profesionales de salud y especialidades médicas como enfermería, odontología, odontopediatría, otorrinolaringologia, psicologia, kinesiologia, cirugía y fonoaudiología.

# 6. MARCO TEÓRICO

# 6.1 Fisura Labiopalatina

## 6.1.1 Definición

La Fisura Labio-Palatina “es una de las malformaciones congénitas más frecuentes y se produce por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar, durante el desarrollo embrionario” (Ministerio de Salud de Chile, 2009). En el desarrollo embrionario el paladar se desarrolla entre la quinta y undécima semana de gestación, inicialmente se forma el labio superior, luego se unen el paladar primario y secundario, y de ellos emergen los procesos nasales mediales y procesos maxilares respectivamente. Cuando ocurre una alteración en la unión y/o desarrollo de dichas estructuras puede generar diferentes grados y tipos de fisuras. (Prieto-Gómez et al., 2022).

## 6.1.2 Clasificación

Hay diferentes propuestas para la categorización de las fisuras, para efectos de esta investigación se utilizará la clasificación de Veau, el cual divide anatómicamente las fisuras en 4 tipos teniendo en cuenta anatomía afectada y la extensión de la hendidura (Ramirez Soasti et al., 2020).

**Tabla 2.** ***Clasificación de Veau para Labio y Paladar hendido.***

| **Clasificación de Veau para Labio y Paladar hendido** | |
|---|---|
| Tipo I | Hendidura del paladar blando únicamente |
| Tipo II | Hendidura del paladar blando y duro |

| | |
|---|---|
| Tipo III | Hendidura del labio y paladar unilateral |
| Tipo IV | Hendidura del labio y paladar bilateral |

*Nota.* Información tomada de Ramírez et al. (2020). Elaboración propia.

### 6.1.3 Tratamiento

En España, según González y Prado (2011), los principales objetivos de tratamiento son:

Reparar el defecto congénito (labial, palatino, nasal)

Lograr un habla, lenguaje y audición normal.

Lograr una oclusión dental funcional y una salud dental adecuada.

Lograr un desarrollo psicológico y social correcto.

Minimizar los costes del tratamiento.

Promover un cuidado ético.

El equipo para aplicar el tratamiento a los niños con esta condición es amplio, incluyendo a cirugía plástica, otorrinolaringología, pediatría, enfermería, genética, odontología, fonoaudiología, psicología, anestesiología, kinesiología, cirugía maxilofacial, ortodoncia y otras especialidades, siendo necesaria una valoración integral en el primer mes de vida para garantizar el bienestar del paciente y una óptima orientación a sus cuidadores en técnicas de alimentación, tratamiento psicológico, ruta de la intervención y manejo de expectativas (Monasterio et al., 2016).

### 6.1.4 Cirugía

El objetivo de la cirugía en esta población es recuperar la función y la estética. Para que puedan ser sometidos al procedimiento quirúrgico, los pacientes deben cumplir con unos requisitos como tener mínimamente un peso de 5kg, tener al menos 10 gr de hemoglobina y no tener patologías crónicas. Las cirugías primarias son las del labio, paladar y nariz, dependiendo del tipo de fisura que se presente y se realiza entre los 3 y 6 meses, en el caso de las fisuras completas de paladar a los 12 meses se realiza el cierre óseo y del velo del paladar. En la cirugía de paladar los principales objetivos son lograr el cierre anatómico de la fisura, mejorar la voz y permitir un crecimiento maxilar normal, según los expertos la reparación del paladar se debe realizar precozmente, el cierre del velo del paladar a los 6 meses y la fisura palatina completa al año de vida. También, dependiendo el tipo de fisura, los pacientes requerirán cirugías complementarias para mejorar aspectos del labio y nariz, la voz, injertos de huesos para la fisura alveolar, rinoseptoplastia y cirugía ortognática en algunos casos (Monasterio et al., 2016).

### 6.1.5 Tratamiento odontológico

El tratamiento odontológico inicia desde el nacimiento del niño con LPF hasta aproximadamente los 15 años, en un enfoque de prevención, con controles odontopediatría periódicos. Respecto al uso de aparatología, esta variara dependiendo de la fase de dentición en la que se encuentre el paciente, en la fase de los 18 meses, en cuanto a la fase de dentición temporal y fase de dentición mixta se cuenta con aparatología tanto fija como removible, entre ellas las placas de expansión, quad helix o máscara facial, para la última fase de dentición permanente, algunos pacientes necesitarán solo tratamiento ortodóntico correctivo, mientras

que otros pueden necesitar ortodoncia prequirúrgica y cirugía u ortodoncia y rehabilitación, esto dependiendo las discrepancias con las que llegue cada paciente (Monasterio et al., 2016).

El objetivo de las placas pasivas ortopédicas prequirúrgicas es evitar la interposición lingual, mejorar el proceso de alimentación y la retracción de la maxila y el de los moldeadores nasales es corregir la deformidad nasal brindando resultados favorables en los pacientes que tienen acceso a estas. Este tratamiento ortopédico permite que se reduzca el tamaño de la fisura, brinda también una correcta relación entre los segmentos maxilares, logra una base maxilar estable para el labio, corrige la deficiencia ósea del piso nasal y otros beneficios (Carvajal et al., 2022).

## 6.2 Características de la clínica fonoaudiológica en Fisura Labiopalatina

De acuerdo con Rodríguez y Espitia (2021), la evaluación e intervención fonoaudiológica durante la ruta de tratamiento para los pacientes con fisura labiopalatina es fundamental, ya que brinda herramientas para la realización de procedimientos y asesoría para los infantes y sus familias. La evaluación se realiza mediante métodos estandarizados y no estandarizados, los componentes que se abordan en la evaluación son:

1. Historia clínica, en la cual es fundamental incluir las expectativas y preocupaciones por parte de la familia y/o cuidadores,

2. Evaluación miofuncional orofacial,

3. Evaluación del proceso de alimentación y deglución,

4. Evaluación del habla (articulación, resonancia, emisión de aire nasal e insuficiencia velofaríngea),

5. Evaluación del lenguaje (oral y escrito, comunicación, barreras y facilitadores),

6. Evaluación audiológica.

En la intervención se trabaja la estimulación sensitiva temprana en estructuras faciales y periorales, asesorías de lactancia materna, estrategias y métodos de alimentación, ejercicios de motricidad orofacial, procesos de articulación de los sonidos del habla y eliminación de las articulaciones compensatorias, ampliar capacidades del lenguaje para apoyar el crecimiento de vocabulario y componentes gramaticales, fonológicos, sintaxis, semántica y pragmática, promover las habilidades de expresión y desarrollo psicosocial, promover la participación activa de sus cuidadores y conciencia auditiva.

### 6.2.1 Dificultades en la alimentación

En los cuidados postnatales del paciente con fisura labiopalatina el objetivo principal es proteger la vía aérea y valorar la capacidad de succión. Muchos recién nacidos tienen dificultad para crear presiones negativas en la succión de pecho o biberón, lo que produce un alto gasto calórico en sus intentos poco efectivos de extraer leche materna. Esto conduce a una ingesta calórica inadecuada, por lo cual, a veces resulta útil el uso de dispositivos adaptados como vaso, biberón especial, sonda, etc. (Cabello, E. 2021).

Por ejemplo, los niños con fisura labial pueden alimentarse con pecho o biberón, siendo lo más importante que consiga el selle alrededor del pezón o la tetina, pero en una fisura que abarque paladar se puede presentar una mayor dificultad, por lo que se deben aplicar biberones especiales y técnicas específicas de alimentación. Para los niños con labio paladar

fisurado “es primordial establecer objetivos de alimentación y control de ganancia ponderal, incluso aquéllos alimentados con el biberón especial. Si no mantiene una curva ponderal ascendente habrá que realizar los cambios necesarios en la alimentación y la técnica” (Gonzalez, G. y Prado, M., 2011).

Por ende, es natural que la dificultad para la alimentación dependerá del tipo y severidad de la fisura, y de la habilidad que genere el niño para la succión eficiente. En muchos casos la decisión de la madre para ofrecer lactancia materna ante estas condiciones se ve afectada, por su dificultad para mantenerla (Cabello, E., 2021). Por ello, se resalta la importancia de brindar a la familia orientaciones acerca de la alimentación e higiene oral, ya que permite a éstos aumentar su confianza y sensación de control ante la situación (Gonzalez, G. y Prado, M., 2011).

### 6.2.2 Lactancia

En los primeros meses de vida, se hacen evidentes las dificultades para la alimentación de los pacientes con fisura labiopalatina, puesto que las estructuras anatómicas que permiten la adecuada succión y agarre del seno durante la lactancia materna se encuentran alteradas o ausentes, es competencia del fonoaudiólogo brindar estrategias y técnicas que permitan el método más adecuado de alimentación, para que esta garantice eficacia, seguridad y estado nutricional adecuado para el paciente (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2019).

### 6.2.3 Insuficiencia velofaríngea (IVF)

La IVF “es una condición clínica caracterizada por la incapacidad (transitoria o definitiva) del cierre hermético del velo palatino contra la pared faríngea, que causa habla hipernasal, emisión y turbulencia nasal y regurgitación nasal de líquidos” (Lu et al., 2012).

Existen guías para el manejo de los pacientes con fisura labiopalatina desde el abordaje fonoaudiológico, las cuales se han centrado en la reducción del patrón de hipernasalización enfocado principalmente en la relación estructura/función del cierre, para instaurar la capacidad de procesar la información sensorial con el fin de facilitar una respuesta especializada del sistema eferente por medio de las estructuras anatómicas implicadas en la producción fonética del habla. Sin embargo, otros estudios han demostrado la implicación de un enfoque desde la programación motora del cierre velofaríngeo para la modificación y ajustes que permita lograr un patrón de movimiento mientras alcanza un objetivo motor particular, ya que estos pacientes buscan otras estrategias para su propia programación motora, otorgándoles así flexibilidad en el habla y al mismo tiempo deben diseñar un nuevo sistema que les permita superar la dificultad (Ruscello, D., 2007).

### 6.2.4 Imbalance muscular orofacial

El sistema estomatognático es la unidad morfológica y funcional integrada y coordinada por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, nervios, glandulares y dentales; organizadas alrededor de las articulaciones occipito-atloidea, atlo-axoidea, vértebras-vertebrales cervicales, temporo-mandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares (Uribe-Querol, 2010 como se citó en Cisneros et.al, 2013). Un imbalance

muscular orofacial se da por las alteraciones o desequilibrio musculoesquelético de estas estructuras comprometiendo la postura, fuerza, tono y simetría de las mismas.

Las fisuras labiopalatinas se caracterizan por deformidades congénitas del sistema estomatognático que se relacionan en alteraciones de las estructuras anatómicas del cráneo, cara y cavidad oral debido a la disrupción en la unión de tejidos durante la formación de la cara entre la cuarta y duodécima semana de embriogénesis. En esta malformación se comprometen principalmente estructuras como el labio, paladar blando y duro, mucosa palatina y cavidad nasal, afectando así las funciones de articulación, habla, resonancia, succión y deglución (Pusapaz, D., Arturo, M. y Arturo D. 2021).

### 6.2.5 Articulaciones compensatorias

Tradicionalmente, la articulación se ha tratado desde una posición predominantemente fonética, la cual se aproxima al lenguaje verbal desde el aspecto físico y sonoro. En pacientes con LPF la terapia fonoaudiológica se ha centrado en el aprendizaje motor de la articulación; sin embargo, después de los años noventa, la investigación en torno al lenguaje y sistema fonológico ha facilitado el desarrollo de una terapia con un enfoque paralelo hacia el desarrollo de la organización cognitiva y lingüística. (Ysunza, A. & Pamplona, M. 2006).

Este modelo contempla las formas de aprendizaje individuales, lo que favorece un avance más rápido, integral y eficaz. (Ysunza, A. & Pamplona, M. 2006). En esta propuesta de protocolo fonoaudiológico se quiere/busca trabajar sobre el modelo del lenguaje integral propuesto por Goodman & Chall (1993), el cual incluye la organización cognitiva-lingüística y fonológica para la reducción de articulaciones compensatorias, enseñados y practicados dentro de un contexto y con un lenguaje significativo.

**Tabla 3.** ***Tipos de articulaciones compensatorias presentes en el habla de personas con Fisura Labiopalatina.***

| Tipo de articulación compensatoria | Cómo se produce | A quien sustituye |
|---|---|---|
| Oclusión glótica | Se producen por el cierre contundente de las cuerdas vocales y generalmente (se consideran sordas) | Oclusivas |
| Oclusión faríngea | Se producen al detener el flujo de aire a través del contacto entre la base de lengua y la faringe (puede ser sordas o sonoras) | Velares |
| Fricativas y africadas faríngeas | Se producen mediante el flujo de aire entre la base de la lengua y la faringe (pueden ser sonoras o sordas) | Fricativas y africadas |
| Fricativa nasal | Se produce cuando se fuerza intencionalmente una corriente de aire a salir por la cavidad nasal en lugar de la cavidad oral en emisión de un fonema sibilante o africado | Fricativas y africadas |

*Nota.* Tomado de Kotlareka, K., y Kruegera, B. (2022).

### 6.2.6 Terapia miofuncional

La terapia miofuncional es el conjunto de procedimientos, estrategias y técnicas, de evaluación, tratamiento preventivo y rehabilitador, cuyo objetivo es evitar o corregir desequilibrios orofaciales. En la población con fisura labiopalatina, una de las variaciones que puede presentar es la ausencia de fusión de las estructuras de los labios que a través de la

queiloplastia se logra la unión de las fibras de este. (Chamorro, 2010, como se citó en Peris, 2012).

El fonoaudiólogo a través de la terapia miofuncional puede evaluar, prevenir e intervenir los desequilibrios que presenta esta alteración en las estructuras orofaciales. Para esto, se propone la intervención en una etapa prequirúrgica y postquirúrgica; en la prequirúrgica se tiene el objetivo de aplicar técnicas para la elongación de las fibras musculares del labio favoreciendo así la vascularización de los tejidos y prevenir futuras complicaciones como la fibrosis del tejido. En la etapa postquirúrgica se busca mejorar la motricidad de musculatura afectada, funciones del sistema estomatognático y conseguir la correcta cicatrización de las estructuras operadas. También, dentro de la intervención miofuncional se toma en cuenta las dificultades de alimentación y deglución, donde se hacen recomendaciones a la familia sobre el tipo de aditamentos adecuados durante este proceso, las posiciones que pueden adoptar durante la lactancia, y el planteamiento de intervenciones para fortalecer la musculatura oral, favoreciendo el desarrollo de patrones más complejos y facilitando la madurez digestiva y motora oral (Manchimba, L., 2020).

### 6.2.7 Lenguaje

Según Pamplona (2012) el lenguaje “se considera como un proceso que involucra el desarrollo cognitivo, semántico y social. Estos tres aspectos del desarrollo funcionan como un sistema indivisible que resulta en la expresión lingüística de contenido, forma y uso”. Se ha establecido enfáticamente la importancia del desarrollo del lenguaje en los/as niños/as con LPF teniendo en cuenta los riesgos que presentan en la adquisición de este y del sistema fonológico.

Es fundamental la valoración comprensiva y expresiva del lenguaje en diferentes momentos del ciclo vital, ya que a partir de allí se obtendrá el resultado de su desempeño comunicativo y establecer las opciones de tratamiento. Se incluye, además, el diálogo con los padres y/o cuidadores para el manejo de expectativas frente a la patología y a la terapia, así mismo brindar estrategias de estimulación temprana en casa, enfatizando que aunque se presenten trastornos articulatorios es pertinente favorecer la intención comunicativa y la atención conjunta para el desarrollo del lenguaje. (Pamplona, M., 2012).

## 6.3 Guía de Práctica Clínica (GPC)

Según la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (MinSalud, 2010) la guía de práctica clínica (GPC) se define como el conjunto de afirmaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas.

## 6.4 Adaptación de Guías de Práctica Clínica

Según la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (MinSalud, 2010) Se define la adaptación como el proceso sistemático de considerar el uso o modificación de una guía producida en un escenario organizacional y cultural para aplicarlo en un contexto diferente [...]

Esta adaptación supone la modificación de una o varias GPC para desarrollar y poner en funcionamiento una GPC ajustada en un contexto local.

# 7. METODOLOGÍA

## 7.1 Tipo de estudio

El presente estudio se considera de tipo descriptivo, ya que como lo menciona Hernández et al., (2014) este procedimiento busca indagar la incidencia de los niveles o variables y especificar propiedades, características y procesos en un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Está investigación permitió realizar descripciones comparativas entre las GPC y demás documentos encontrados durante el proceso de revisión documental y también, conocer la efectividad del diseño de una guía metodológica en la intervención de personas con fisura labiopalatina.

## 7.2 Enfoque y diseño de estudio

El enfoque bajo el cual se desarrolló esta investigación fue de forma mixta con una perspectiva descriptiva. Para el diseño de la guía de atención, se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica sobre el tema, con el fin de tener información actualizada sobre lo que el profesional de fonoaudiología realiza en campo.

## 7.3 Participantes del estudio

Debido a que se realizó una revisión documental, la unidad de análisis fueron las fuentes primarias y secundarias de información: artículos, trabajos de grado de repositorios de universidades y libros de texto académico, GPC a nivel de país e institucional. A continuación, se presentan los criterios de selección de los datos.

**Tabla 4.** ***Criterios de inclusión y exclusión documental.***

| Población | Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|---|
| Bibliografía | 1. Documentos nacionales e internacionales (artículos, trabajos de grado, guías de práctica clínica, guía metodológica, documentos gubernamentales y libros académicos)<br><br>2. Guías de Práctica Clínica publicadas en los últimos 20 años y artículos publicados en los últimos 6 años.<br><br>3. Idioma: inglés y español<br><br>4. Palabras claves: Cleft palate, feeding disorders, speech therapy, speech, feeding, labio y paladar hendido, labio y paladar fisurado, alimentación, articulación, fonoaudiología, intervención. | 1. Documentos que no tengan relación con las áreas de alimentación y articulación.<br><br>2. Documentos sin respaldo bibliográfico y/o basados en evidencia científica<br><br>3. Documentos publicados en países asiáticos y/o africanos.<br><br>4. Documentos que no mencionan la población focal.<br><br>5. Literatura gris. |

Nota. Elaboración propia

En relación a los criterios de inclusión y exclusión documental, se seleccionaron GPC publicadas en los últimos 20 años, debido a la escasez de publicaciones recientes y específicas para pacientes con labio y/o paladar hendido. Este enfoque nos permitió maximizar la inclusión

de las guías disponibles y relevantes para la investigación; y, se seleccionaron también artículos publicados en los últimos 6 años, con el fin de asegurar la inclusión de bibliografía actualizada. Este margen temporal, se estableció debido a la escasez de publicaciones recientes específicas para pacientes con labio y/o paladar hendido, permitiendo así maximizar la inclusión de artículos relevantes de intervención fonoaudiológica en las áreas de alimentación y articulación.

Para el consenso de expertos los participantes seleccionados fueron entre 5 y 7 profesionales en cirugía plástica, odontólogos y fonoaudiólogos de instituciones nivel III y IV en donde se realicen actividades dirigidas a la intervención de la población de estudio. Se seleccionaron 1 cirujano plástico, 1 cirujano maxilofacial, 1 odontopediatra, 1 ortodoncista y 2 fonoaudiólogas. El presente trabajo de grado contó con una población de bibliografía y expertos en el trabajo quirúrgico y terapéutico con pacientes con LPF; la muestra seleccionada de expertos se extrae de los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se encontraban descritos en la fase II del presente proyecto (ver tabla 5).

Dada la naturaleza interdisciplinaria del tema y la importancia de la coordinación, especialmente durante el periodo postquirúrgico, se propuso la conformación de una mesa de expertos compuesta por profesionales de diversas áreas. Para asegurar la pertinencia y la calidad de las intervenciones, se seleccionaron expertos de instituciones hospitalarias de III y IV nivel de complejidad de la ciudad de Santiago de Cali, quienes cuentan con una amplia experiencia y conocimiento en el manejo de pacientes con LPF.

## 7.4 Fases de estudio

La realización de este trabajo se propuso en 3 fases, las cuales se exponen a continuación.

### 7.4.1 Fase 1: Revisión documental y análisis

El campo de estudio de la presente investigación se centró en la primera fase en una revisión bibliográfica y análisis de bibliografía basada en evidencia científica, tales como guías y/o protocolos de manejo de pacientes con LPF, también se incluyeron documentos que orientaron el proceso de intervención fonoaudiológica en las áreas de articulación y alimentación de esta población, teniendo en cuenta el curso de vida y las necesidades individuales de cada paciente.

Se realizaron dos tipos de análisis, uno cuantitativo el cual se centró en la cantidad de artículos recolectados pertinentes al tema de investigación y otro cualitativo, enfocado en la lectura y análisis de intervención recibida por los pacientes con LPF, identificando datos relevantes de las publicaciones como: nombre del artículo, autor, fecha, motor de búsqueda / base de datos, cuartil, idioma, población estudiada, tipo de documento/investigación y tema específico de aporte.

Sobre el primer análisis, se esperaba encontrar GPC en inglés y en español que estuvieran publicadas en los últimos 20 años y, en el segundo análisis, se pretendió encontrar artículos en inglés y español que estuvieran publicados en los últimos 6 años, en los continentes americano y europeo, utilizando motores de búsqueda como PubMed, Redalyc, Scielo, Sciencedirect, y otras fuentes como Google académico, repositorios de trabajos de

grado de la División de Biblioteca de la Universidad del Valle y demás universidades de Colombia.

Se escogieron artículos que se encontraron en los cuartiles 1, 2 y 3, dados por el SCImago Journal & Country Rank, con sus respectivos descriptores combinando búsquedas con tesauros y términos naturales: "cleft palate" AND "feeding disorders", "cleft palate" AND "speech", “Labio y paladar hendido” AND “alimentación”, “Labio y paladar fisurado” AND “alimentación”, “Labio y paladar hendido” AND “articulación”, “Labio y paladar fisurado” AND “articulación”, “cleft palate” AND “speech therapy”, “cleft palate” AND “feeding” y “Paladar Hendido” AND “fonoaudiología” AND “Intervención”.

En el análisis cualitativo se buscó extraer información sobre los constructos en los que los artículos se basan, las mediciones y/o parámetros que se consideran importantes, los componentes y/o estructuras de cabeza y cuello que son fundamentales evaluar y las funciones orales que también deben ser tenidas en cuenta durante la evaluación fonoaudiológica, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 4). Todo esto se registró en fichas técnicas de análisis (Ver anexo 1) y sirvieron como soporte para cada uno de los componentes que se describieron en la construcción de la guía de evaluación e intervención.

### 7.4.2 Fase 2: Adaptación y elaboración de la guía

Se inició el proceso de redacción y adaptación para la propuesta de la guía, teniendo en cuenta el contexto nacional bajo la estrategia metodológica propuesta por la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia que propone el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2017). La selección de las guías a adaptar,

se realizó en base a los ítems de Evaluación de guías según AGREE II, dadas por Consorcio AGREE. (2009). (Ver tabla 1).

En la segunda fase, se establecieron los componentes teóricos relacionados con el abordaje fonoaudiológico en la alimentación y articulación en pacientes con LPF desde el día cero de su nacimiento hasta los diez años de vida, a su vez se tuvo en cuenta las fases de alimentación como también el desarrollo del cuadro fonético fonológico necesarios para la adaptación de la guía.

El análisis cualitativo de la narrativa se determinó según la relevancia conceptual de la literatura mediante consenso del grupo de investigadores, enfatizando en la falta de elementos de intervención que se presentan en los distintos protocolos revisados.

### 7.4.3 Fase 3: Consenso de expertos

Se seleccionó un grupo de expertos con experiencia en manejo de pacientes con LPF teniendo en cuenta los siguientes criterios:

**Tabla 5.**

*Criterios de exclusión e inclusión de los profesionales expertos.*

| Población | Muestra | Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|---|---|---|
| Expertos quirúrgicos | 2 | 1. Cirujano plástico, cirujano plástico craneofacial y cirujano maxilofacial<br>2. Cirujano plástico voluntario Fundación Operación Sonrisa Colombia | 1. Profesionales sin formación/experiencia quirúrgica<br>2. Profesionales que no han ejercido su quehacer por los últimos 2 años. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 3. Publicaciones de investigación en población con labio y/o paladar fisurado<br><br>4. Vinculados actualmente al hospital de tercer nivel al cual se le presentó la propuesta de guía de práctica clínica y al equipo interdisciplinario de manejo de estos pacientes<br><br>5. Experiencia de tres a cinco años o más en atención a pacientes con LPF. | 3. Profesionales que no acepten participar en la presente investigación.<br><br>4. Residencia actual por fuera de Colombia. |
| Expertos odontólogos | 2 | 1. Odontólogo/a con especialización en odontopediatría.<br><br>2. Odontólogo/a con especialización en ortodoncia.<br><br>3. Experiencia de tres a cinco años o más en atención a pacientes con LPF. | 1. Profesionales que no han ejercido su quehacer por los últimos 2 años.<br><br>2. Residencia actual por fuera de Colombia.<br><br>3. Profesionales que no acepten participar en la presente investigación. |
| Expertos terapéuticos | 2 | 1. Profesionales en fonoaudiología.<br><br>2. Experiencia de tres a cinco años o más en atención a pacientes con LPF.<br><br>3. Formación/entrenamiento en terapia de deglución.<br><br>4. Formación/entrenamiento en consejería de lactancia materna.<br><br>5. Vinculado actualmente al equipo interdisciplinar de manejo de los pacientes con LPF. | 1. Profesionales que no han ejercido su quehacer por los últimos 2 años.<br><br>2. Profesionales que no acepten participar en la presente investigación.<br><br>3. Fonoaudiólogos con residencia actual por fuera de Colombia. |

*Nota.* Elaboración propia.

La selección de expertos se realizó por medio de una invitación vía correo electrónico a docentes de las universidades de la región, Bogotá y Medellín que tengan publicaciones en las áreas mencionadas, igualmente se propuso invitar, vía correo electrónico a profesionales que hayan brindado atención a la población. Para evitar conflicto de intereses en la participación, la tutora de esta investigación se contactó con los profesores de cirugía plástica, odontopediatría y fonoaudiología que puedan referir a egresados expertos en el área, se envió invitación vía correo electrónico para el contacto y a quienes decidan participar se invitará a un panel de expertos virtual.

Esta fase se dividió en dos momentos, el primero donde se realizó un panel, en el cual se inició con la firma del consentimiento informado, en este panel se aplicó por parte de las estudiantes investigadoras una entrevista semiestructurada con los profesionales de la salud para conocer de qué manera abordan el manejo del paciente con LPH y las rutas que siguen al momento de la atención desde su profesión (ver anexo 3). En un segundo momento, se realizó un análisis estadístico cuantitativo para la validez de contenido basado en el método Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008); para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo, pero teniendo en cuenta consideraciones específicas para la validez de este protocolo en particular. El formulario de validación se realizó por medio de una escala Likert (Matas, A. 2018) con su respectivo instructivo de uso, definiendo cada punto y concepto para su correcto diligenciamiento; el cual estuvo dirigido a los cinco jueces expertos mencionados anteriormente, para ello se estableció un tiempo de espera de una semana para obtener respuesta de los jueces.

## 7.5 Unidad *de análisis*

En correspondencia con la forma en que está organizado el procedimiento para llevar el trabajo de campo de esta investigación, se propone que cada fase cuente con las siguientes variables que están presentes y miden el desarrollo de la investigación:

**Tabla 6. Unidad *de análisis* *del desarrollo de la investigación.***

| Categoría | Definición | Operacionalización |
|---|---|---|
| Alcance y objetivos | El alcance permite establecer los límites de la guía y definir con precisión los objetivos, metas, aplicabilidad, límites y responsables. | Título de la guía.<br>i. Introducción: definiciones, clasificaciones, epidemiología.<br>ii. Objetivos: mostrar para qué se elabora la guía.<br>iii. Justificación: qué necesidad hay en la práctica clínica para que sea necesario elaborar una GPC.<br>iv. Población a la que se dirige la GPC: grupos de pacientes que se considerarán y que no se considerarán.<br>v. Ámbito asistencial: profesionales.<br>vi. Identificación de aspectos clínicos centrales: prevención, diagnóstico o tratamiento.<br>los desenlaces principales (la calidad de vida es un |

| | | |
|---|---|---|
| | | desenlace que se recomienda incluir). |
| Preguntas Clínicas | preguntas fundamentales para orientar la revisión bibliográfica y facilitar la formulación de las recomendaciones. | Generar un listado de preguntas genéricas clasificadas de acuerdo con los diferentes pasos del manejo del problema clínico de manera que se tenga un esqueleto del contenido de la guía. |
| Fuentes primarias y secundarias documentales | Se refiere a fuentes bibliográficas de información que permiten acceder de manera selectiva a la información relevante sobre atención en pacientes con guía de práctica clínica en las áreas de alimentación y articulación, entre las múltiples referencias que contienen, a través de bases de datos. | Fichas de lectura |
| Idioma | Lengua propia de un pueblo o nación en el cual está escrito el artículo o documento. Inglés y Español. | |
| Año de publicación | La fecha de publicación del documento descrito en el área de edición. | |
| Rango de cuartil de la revista | Cuartil es una clasificación de revista asignada por las bases de datos de revistas en función de tres parámetros principales: factor de impacto (IF), citación e indexación de cualquier revista en particular . Hay cuatro tipos de clasificación de revistas: Q1, Q2, Q3 y Q4. | |
| País de publicación | Territorio o nación políticamente independiente que posee un gobierno propio. | |
| Autores | Persona o grupo de personas que han producido alguna obra científica. | |

| | | |
|---|---|---|
| Calificación AGREE | Evaluar la calidad metodológica de las GPC (Ver tabla 1)<br>Dominio 1: Alcance y objetivos<br>Dominio 2: Participación de los implicados<br>Dominio 3: Rigor de la elaboración<br>Dominio 4: Claridad de la presentación<br>Dominio 5: Aplicabilidad<br>Dominio 6: Independencia editorial | 1 Muy en desacuerdo<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7 Muy de acuerdo |
| Análisis de las recomendaciones | Identificar la pertinencia de adoptar o no cada una de las recomendaciones.<br><br>A. Adopción de la recomendación.<br>b. Adaptación de la recomendación.<br>c. No adopción de la recomendación.<br><br>Fuerza de la recomendación Calidad de la evidencia Notas de la recomendación. | Recomendación vigente: práctica clínica aceptada en la actualidad.<br><br>Recomendación requiere algún ajuste en relación a implementabilidad en el contexto |

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 7.**

*Panel de expertos.*

| VARIABLE | DEFINICIÓN | OPERACIONALIZACIÓN |
|---|---|---|
| Categoría entidad | Colectividad considerada como unidad, y, en | Academia<br>Prestador de salud |

| | | |
|---|---|---|
| | especial, cualquier corporación, compañía, institución, etc., tomada como persona jurídica. | Fundación |
| Cargo | Conjunto de funciones, responsabilidades y tareas asignadas a cada uno de los trabajadores con el objetivo de alcanzar las metas del departamento en el cual trabaja. | Docente<br>Fonoaudiologo asistencial<br>Investigador |
| Tópicos o áreas de intervención | Se entiende como área a la circunscripción que agrupa un conjunto de centros y profesionales de atención bajo su dependencia organizativa y funcional. Para efectos del presente trabajo, se tendrán en cuenta las áreas de alimentación y articulación en los pacientes con LPH. | Se realiza un mapeo de la información, de acuerdo a los tópicos que los expertos de la salud con abordaje en pacientes con LPH refieren, tales cómo: tipos de alimentación después de las cirugías, recomendaciones de alimentación pre y post quirúrgico, tipos de dieta, etc. |
| Procedimientos de evaluación e intervención emergentes | Estrategias y métodos centrados en las acciones que ha de realizar el profesional de salud en torno a la atención de pacientes con LPF. | Procedimientos subjetivos y objetivos. La intervención se centra en la eliminación de articulaciones compensatorias, uso de tecnología para favorecer la estimulación neuromotora, etc. |
| Validez de contenido | Se centra en la calidad de los elementos que componen el instrumento de evaluación y su capacidad para medir con precisión el concepto que se pretende evaluar. | Evaluación mediada por la Escala Likert y panel de expertos donde se tenga en cuenta la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de la información. |

*Nota.* Elaboración propia

# 8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la GPC basada en la evidencia, sobre la intervención fonoaudiológica en el proceso de ingesta de alimentos y articulación del habla de personas con LPF dispuesta para instituciones prestadoras de servicios de salud en Cali, Colombia.

# 8.1 Resultados Fase 1: Revisión documental y análisis

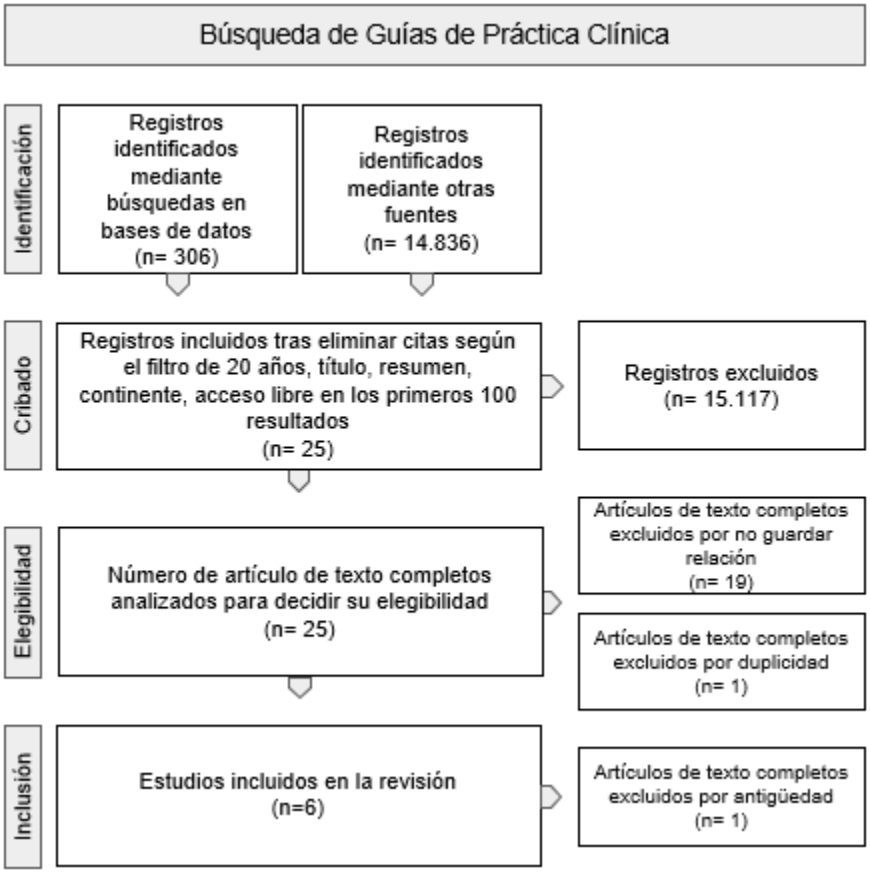
Para llevar a cabo la Fase I, correspondiente a revisión documental y análisis, se realizó inicialmente una búsqueda bibliográfica de GPC en LPF y posterior a esto, la búsqueda de artículos y/o documentos sobre intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación en esta población, utilizando motores de búsqueda como PubMed, Redalyc, Scielo, Sciencedirect, y otras fuentes como Google académico, buscador de la ASHA (American Speech-Language-Hearing Association), repositorios de trabajos de grado de la División de Biblioteca de la Universidad del Valle y demás universidades de Colombia. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

## 8.1.1 Resultados fase 1.1. Búsqueda de Guías de Práctica Clínica y análisis primario

Se realizó una búsqueda de GPC con los organismos compiladores de las publicaciones de los últimos 20 años, se utilizaron los siguientes descriptores: “clinical practice guideline” and “cleft palate”, “Guía de práctica clínica” and “labio y paladar hendido”, “Guía de práctica clínica” and “paladar hendido”, “Guia de practica clinica” and “paladar fisurado” y “Guía de práctica clínica” and “fisura labiopalatina”; se encontraron 98 resultados en Mendeley, 300 resultados en ScienceDirect, 5 resultados en Pubmed, 14.375 resultados en Google Scholar, 1 resultado en SCielo y 363 resultados en el buscador de la ASHA, para un total de 15.142

resultados de documentos. A continuación se presenta el flujograma de búsqueda. (Ver gráfico 1)

**Gráfico 1.*Flujograma de búsqueda de GPC.***




*Nota.* Elaboración propia.

Se realizó el proceso de tamización primaria, en la cual de los 6 documentos incluidos, se excluyó la Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Chile, 2005), dado que es la versión más antigua de las GPC publicadas por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile y posteriormente con los 5 documentos restantes incluidos en la revisión, se llevó a cabo un

análisis manual de los mismos, teniendo en cuenta año y país de publicación, tipo de estudio y temática. Para este proceso se tuvieron en cuenta las siguientes preguntas:

¿se aborda el tema o tópico que se prioriza para la GPC?,

¿En el título o resumen se menciona que es una GPC o recomendaciones basadas en evidencia?,

¿se aborda el tema de evaluación y/o intervención en los procesos de alimentación y articulación del habla en la población con LPF?

Para el análisis primario se asignó la siguiente numeración a las guías de intervención para la población de LPF para el proceso de tamización primaria:

01 - Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Chile, 2009)

02 - Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Chile, 2015)

03 - Guia de Manejo de Pacientes con labio y/o paladar hendido HOMI (Colombia)

04 - Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica. (España)

05 - Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. (ASHA).

A continuación, en la tabla No. 8 se presenta la recopilación de GPC seleccionadas para la tamización primaria de acuerdo los criterios mencionados previamente:

**Tabla 8. Documentos de *Tamización primaria de GPC.***

| No. de documento | Autor | Año | Organización | Idioma | País | Temática | Tipo de estudio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | *Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. | 2009 | Ministerio de Salud de Chile | Español | Chile | La Guía Clínica de Fisura Labiopalatina de Chile (2009) establece las pautas para la atención integral de los pacientes con fisura labiopalatina, ofreciendo recomendaciones sobre el tratamiento quirúrgico para reparar la fisura, intervención fonoaudiológica para tratar las alteraciones del habla, el lenguaje y la resonancia, comunes en estos pacientes, incluye la participación de odontólogos, psicólogos, otorrinolaringólogos y otros especialistas, que contribuyen al bienestar general del niño/a, abordando aspectos como la salud dental, la audición y el impacto emocional. | Revisión sistemática |
| 02 | *Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. | 2015 | Ministerio de Salud de Chile | Español | Chile | La Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina de Chile, actualizada en 2015, forma parte del plan de garantías explícitas en salud (AUGE o GES) y establece los procedimientos y recomendaciones para el manejo de los pacientes con fisura labiopalatina. Esta guía | Revisión sistemática |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | es una actualización de la versión de 2009, con el objetivo de proporcionar una atención aún más completa y basada en evidencia científica reciente, teniendo como elementos principales: diagnóstico y detección precoz, enfoque multidisciplinario, tratamiento quirúrgico, intervención fonoaudiológica, apoyo dental y ortodoncia, apoyo psicológico y seguimiento a largo plazo, resaltando su importancia con evaluaciones periódicas para asegurar el éxito de las intervenciones y hacer ajustes según sea necesario. | |
| 03 | *Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI). | 2009 | Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI) | Español | Colombia | La Guía de Manejo de Pacientes con Labio y/o Paladar Hendido del Hospital de la Misericordia (HOMI) en Colombia es un documento clave para el abordaje integral de pacientes con esta malformación congénita estableciendo pautas para su atención desde las diferentes profesiones de salud que participan en la | Guía de práctica clínica |

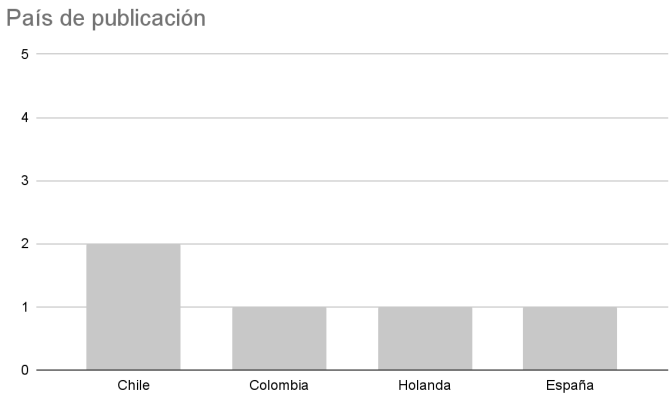
| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | intervención de estos pacientes, lo cual aporta en gran medida a la estandarización de procedimientos clínicos alrededor del abordaje de pacientes con LPF, según su momento del ciclo vital. | |
| 04 | *Gonzalo González Landa. *Ma. Carmen Prado Fernández. | 2011 | ASPANIF con la colaboración del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco | Español | España | La Guía resalta aspectos importantes para el abordaje de personas con LPF, como: el tratamiento individualizado, inclusión de la familia y trabajo interdisciplinar. Establece desde el ámbito o el área de logopedia el apoyo a procesos de alimentación, habla y voz, respiración, entre otros, y divide las intervenciones en diferentes etapas, las cuales la guía denomina “desde el nacimiento hasta la cirugía primaria”, “de los 6 a los 9 nueve meses de edad”, “de los nueve a los 2 años de edad”, “de los 2 años a los 6 años de edad”, “de los 6 años a los 12 años de edad” y “de los 12 a los 20 años de edad”. | Revisión sistemática |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 05 | ASHA | 2019 | Netherlands Association for Plastic Surgery | Inglés | Holanda | La Guía brinda recomendaciones de intervención fonoaudiológica, especificando la actuación o la intervención sobre el abordaje en lactancia materna y técnicas de alimentación, el tratamiento de otitis media recurrente, la intervención en insuficiencia velofaríngea y tratamiento de la hipernasalización. Para la estructuración de la guía se implementó la metodología de revisión sistemática, realizando comparación de resultados y conclusiones, para finalmente brindar recomendaciones basadas en la evidencia. | Revisión sistemática |

*Nota.* Elaboración propia.

A continuación se presentan en gráficos los resultados de la tamización primaria de acuerdo a país de publicación, buscador, idioma e institución (ver gráficos 2, 3, 4 y 5).

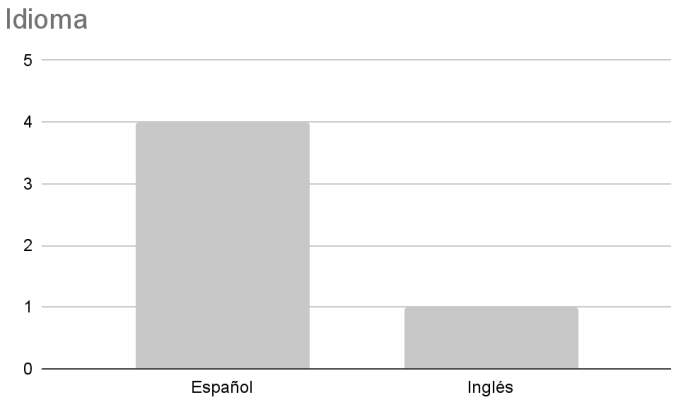
**Gráfico 2.*País de publicación de GPC de Revisión Documental.***




*Nota.* Elaboración propia.

De los documentos analizados, se encontró en relación con el país de publicación. En los documentos analizados 2/5 procedían de Chile, 1/5 fue un documento de España, 1/5 fue una guía de una institución de Colombia y 1/5 era una guía de Holanda. La distribución de los documentos analizados muestra una mayor presencia de publicaciones provenientes de Chile (40%), lo que podría indicar un interés significativo en la temática estudiada dentro de este país. España, Colombia y Holanda contribuyen cada uno con un 20% de los documentos, lo que sugiere una diversidad geográfica moderada en las fuentes consultadas.

**Gráfico 3.*Idioma de las GPC tomadas para Revisión Documental.***

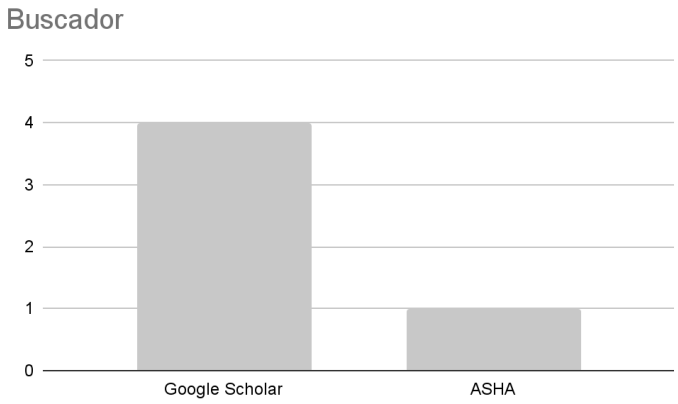



*Nota.* Elaboración propia.

Con respecto al idioma en el que estaban disponibles las guías se evidencia que, 4/5 de las guías tamizadas se encontraron en español, las cuales corresponden a la Guía Clínica Fisura Labiopalatina (2009), la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015), ambas del Gobierno de Chile; la Guía de Manejo de Pacientes con labio y/o paladar hendido HOMI (2009) y la Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica (2011) y 1/5 en inglés, correspondiente a Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. (ASHA).

El predominio de guías en español (80%) indica una disponibilidad de recursos en este idioma para el manejo del LPF. La inclusión de una guía en inglés, elaborada por ASHA, refleja la importancia de los lineamientos internacionales en el tratamiento de esta condición. Además, esta distribución puede estar influenciada por los criterios inclusión/exclusión para la muestra de esta investigación.

**Gráfico 4.*Motores de búsqueda.***

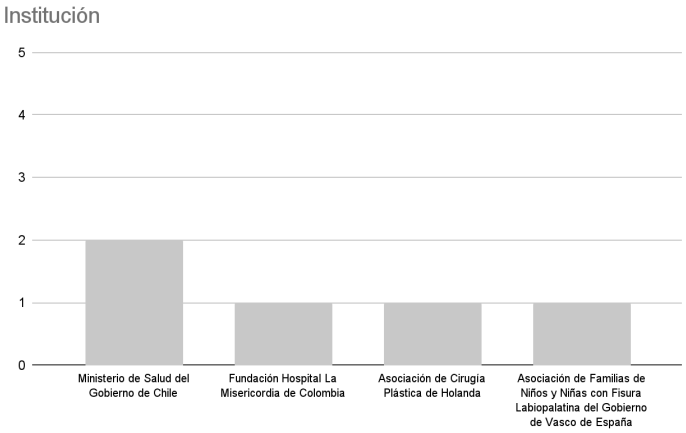



Nota. Elaboración propia.

En relación al buscador o motor de búsqueda utilizado para la consecución de las GPC, 4/5 fueron encontrados en el buscador de Google Scholar correspondientes a: Guía Clínica de Fisura Labiopalatina (Chile, 2009), Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Chile, 2015), Guia de Manejo de Pacientes con labio y/o paladar hendido HOMI (Colombia), Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica. (España), debido a que son documentos públicos y 1/5 en el buscador de la ASHA correspondiente a Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. (ASHA).

La mayor cantidad de guías obtenidas en Google Scholar podría estar relacionada con la accesibilidad de los documentos públicos en esta plataforma, mientras que la búsqueda en ASHA permitió encontrar una guía específica dentro de un entorno más especializado. Esto resalta la importancia de utilizar diversas herramientas de búsqueda para garantizar una recopilación más amplia y representativa de la información disponible.

**Gráfico 5.*Instituciones implicadas en el desarrollo de las GPC seleccionadas.***




*Nota.* Elaboración propia.

Respecto a las organizaciones implicadas en el desarrollo de las guías se encontró que 2/5 son del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 1/5 de la Fundación Hospital La Misericordia de Colombia, 1/5 de la Asociación de Cirugía Plástica de Holanda y 1/5 de la Asociación de Familias de Niños y Niñas con Fisura Labiopalatina del Gobierno de Vasco de España.

La mayor contribución para la presente investigación proviene del Ministerio de Salud de Chile (40%) además, la participación de diversas organizaciones en el desarrollo de las guías clínicas sobre el LPF refleja un enfoque multidisciplinario y una combinación de perspectivas gubernamentales, médicas y comunitarias que consideran el impacto sobre el usuario y su familia.

### 8.1.2 Tamización Secundaria

Posterior al análisis primario, para optimizar el proceso de selección de documentos en el desarrollo de la GPC, se realizó una tamización secundaria de los documentos identificados en la búsqueda de la primera fase de revisión. La tamización secundaria, tuvo como objetivo depurar el conjunto de documentos identificados en la tamización primaria y garantizar la eficiencia del proceso, evitando que aquellos que no cumplieran con los requisitos de calidad avanzados llegasen a etapas posteriores de evaluación.

Teniendo como referencia al Ministerio de Salud [MinSalud] (2017) con su guía metodológica para la adopción - adaptación de guías de práctica clínica basadas en evidencia de Colombia, se realiza una lista de chequeo descrita en las siguientes tablas y se presenta el análisis según la metodología propuesta.

**Tabla 9.** ***Tamización secundaria. Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009).***

| **Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de adopción ampliado de una GPC** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de la Guía:** Guía Clínica Fisura Labiopalatina | | | **No. ID:** 01 | **Debe ser evaluada por AGREE II (Sí/No)** |
| **Criterio de una GPC** | **Si** | **No** | **Comentarios de evaluador** | |
| **Preguntas para definición de paso a la etapa de evaluación de la calidad** | | | | |
| ¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada? | x | | Sí incluye el alcance del quehacer fonoaudiológico (tratamiento, seguimiento y rehabilitación) | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable? | x | | | Sí |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | x | | |
| ¿Establece recomendaciones? | x | | |
| Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años) | | x | La guía fue publicada en el año 2009 (segunda edición). |

*Nota.* Tabla adaptada de MinSalud (2017) para tamizar las guías de prácticas clínicas. Elaboración propia.

Se analizó la Guía Clínica Fisura Labiopalatina, del Gobierno de Chile, publicada en el año 2009 y se evidenció que están incluidos los objetivos y alcances de la GPC que requiere el prestador, los cuales están enfocados en proponer recomendaciones para intervenciones multidisciplinarias que abarquen el diagnóstico prenatal, el parto, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación de pacientes con fisuras desde el nacimiento hasta los 15 años, con el objetivo de fomentar buenas prácticas y optimizar el uso de los recursos disponibles.

Esta guía está basada en evidencia científica, respaldada por una búsqueda confiable de evidencia primaria en al menos dos bases de datos y es replicable. Además, se observó que cuenta con un proceso de desarrollo estructurado, un equipo desarrollador claramente definido y recomendaciones estables.

**Tabla 10.**

***Tamización secundaria. Guía Clínica Fisura Labiopalatina. Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015).***

| **Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de adopción ampliado de una GPC** |
|---|

| **Nombre de la Guía:** Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina | | | **No. ID:** 02 | |
|---|---|---|---|---|
| **Criterio de una GPC** | **Si** | **No** | **Comentarios de evaluador** | **Debe ser evaluada por AGREE II (Sí/No)** |
| **Preguntas para definición de paso a la etapa de evaluación de la calidad** | | | | |
| ¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada? | X | | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable? | X | | | Sí |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | X | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | X | | | |
| Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años) | | X | La guía fue publicada en el año 2015 (tercera edición). | |

*Nota.* Tabla adaptada de MinSalud (2017) para tamizar las guías de prácticas clínicas. Elaboración propia.

Se analiza la “Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina” del Gobierno de Chile publicada en 2015, y se constató que incluye los alcances y objetivos necesarios para la Guía de Práctica Clínica solicitados por el prestador, donde los objetivos se enfocan en establecer lineamientos integrales en pacientes con LPF incluyendo prevención, diagnóstico, tratamiento, multidisciplinar, seguimiento continuo y rehabilitación integral de los niños y niñas, también se busca que la guía sea de acuerdo a las edades, que oriente el quehacer de los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes, buscando el bienestar y la calidad de vida de los mismos.

En cuanto al alcance de la guía, se centra en ofrecer recomendaciones para el equipo multidisciplinar que hace manejo de los de recién nacidos, niños y adolescentes con LPF, también busca que los profesionales participen en el cuidado integral de estos pacientes, promoviendo buenas prácticas y el uso eficiente de los recursos. Además, enfatiza la importancia de que los equipos de atención estén conformados por especialistas capacitados y con experiencia en el manejo de esta población.

Esta guía es replicable y está fundamentada en evidencia científica sólida, con una búsqueda fiable de evidencia primaria realizada en al menos dos bases de datos. Asimismo, se verificó que presenta un proceso de desarrollo bien estructurado, un equipo desarrollador evidentemente establecido y recomendaciones apropiadas.

**Tabla 11.** ***Tamización secundaria.*** **Guía de Manejo de Pacientes con labio y/o paladar hendido (HOMI,** ***2009).***

| **Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de adopción ampliado de una GPC** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de la Guía:** Guia de Manejo de Pacientes con labio y/o paladar hendido HOMI | | | **No. ID:** 03 | |
| **Criterio de una GPC** | **Si** | **No** | **Comentarios de evaluador** | **Debe ser evaluada por AGREE II (Sí/No)** |
| **Preguntas para definición de paso a la etapa de evaluación de la calidad** | | | | |
| ¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada? | | X | El objetivo general sí está descrito, pero el alcance de la guía no está explícito | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable? | X | | | No |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | | X | No se especifica ni se menciona el grupo desarrollador | |
| ¿Establece recomendaciones? | | X | No se mencionan recomendaciones específicas de cada área de | |

| | | |
|---|---|---|
| | | intervención fuera de la atención estándar para la población. |
| Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años) | X | La guía fue publicada en el año 2009 |

*Nota.* Tabla adaptada de MinSalud (2017) para tamizar las guías de prácticas clínicas. Elaboración propia.

Se evaluó la "Guía de Manejo de Pacientes con Labio y/o Paladar Hendido HOMI" de Bogotá. La guía incluye un objetivo general claro el cual se basa en diseñar un protocolo de manejo para pacientes con hendiduras labiales y/o palatinas que contemple las características fisiopatológicas, epidemiológicas y terapéuticas de estas malformaciones en los pacientes atendidos en el Servicio de Salud Oral del HOMI. Este protocolo busca facilitar su identificación mediante la estandarización del conocimiento clínico, reduciendo la variabilidad diagnóstica en casos con condiciones clínicas similares.

Las recomendaciones establecidas están orientadas a apoyar al equipo multidisciplinario en la toma de decisiones integrales relacionadas con el diagnóstico temprano, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los pacientes, adicionalmente la colaboración de especialistas, centrada en el paciente, es clave para el éxito terapéutico y la mejora en la calidad de vida de los niños afectados. Por otro lado, el alcance no se describe de forma clara y no identifica al grupo desarrollador, tampoco proporciona recomendaciones específicas para cada área de intervención, más allá de la atención estándar para esta población. Otro aspecto a considerar es que la guía fue publicada en 2009, lo cual puede limitar su actualización y relevancia actual, por lo cual, posterior a este análisis, se descartó para selección.

**Tabla 12.** ***Tamización secundaria.*** **Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica (Gonzalez, G. y Prado, M., 2011).**

| **Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de adopción ampliado de una GPC** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de la Guía:** Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica. (España) | | | **No. ID:** **04** | |
| **Criterio de una GPC** | **Si** | **No** | **Comentarios de evaluador** | **Debe ser evaluada por AGREE II (Sí/No)** |
| **Preguntas para definición de paso a la etapa de evaluación de la calidad** | | | | |
| ¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada? | | X | Los objetivos sí están descritos, pero el alcance de la guía no está explícito. Además, los objetivos están planteados hacia lo que el usuario debe lograr, y no para el equipo de intervención como eje de acción. | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable? | X | | | No |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | X | | | |
| ¿Establece recomendaciones? | X | | | |
| Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años) | | X | La guía fue publicada en el año 2011 | |

*Nota.* Tabla adaptada de MinSalud (2017) para tamizar las guías de prácticas clínicas. Elaboración propia.

La tabla 12 analiza la Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica, publicada en España en el año 2011. En esta se encuentran los objetivos definidos claramente

tales como corregir el defecto congénito en el labio, paladar o nariz, alcanzar un desarrollo normal del habla, lenguaje y audición, conseguir una oclusión dental funcional y mantener una buena salud bucodental, así como también fomentar un adecuado desarrollo psicológico y social, reducir al mínimo los costos del tratamiento y garantizar un enfoque ético en la atención brindada.

Sin embargo, los objetivos planteados están puestos en resultados que se esperan en la población intervenida mas no en el quehacer del equipo interdisciplinar que interviene en la población, seguido de esto, los alcances no se evidencian descritos de forma explícita, por ende se descarta de la selección. Por otro lado se observa que esta guía cuenta con evidencia basada en la evidencia y la búsqueda de evidencia se realizó en al menos dos bases de datos, también cuenta con un grupo desarrollador.

**Tabla 13.** ***Tamización secundaria. Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate (ASHA, 2019).***

| **Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de adopción ampliado de una GPC** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de la Guía:** Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. (ASHA). | | | **No. ID:** 05 | |
| **Criterio de una GPC** | **Si** | **No** | **Comentarios de evaluador** | **Debe ser evaluada por AGREE II (Sí/No)** |
| **Preguntas para definición de paso a la etapa de evaluación de la calidad** | | | | |
| ¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada? | | X | | |
| ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos | X | | | No |

| | | | |
|---|---|---|---|
| dos bases de datos y es replicable? | | | |
| ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | X | | |
| ¿Establece recomendaciones? | X | | |
| Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años) | | X | La guía fue publicada en el año 2016. |

*Nota.* Tabla adaptada de MinSalud (2017) para tamizar las guías de prácticas clínicas. Elaboración propia.

La tabla 13 analiza la guía de la ASHA, publicada en 2016, en la cual se manifiesta ser una compilación de revisiones sistemáticas donde no se establecen claramente los alcances y objetivos que requiere el prestador, por lo cual, se descarta para selección, sin embargo cuenta con información confiable de evidencia primaria, respaldada por al menos dos bases de datos, es replicable, cuenta con un proceso y grupo desarrollador definido y establece recomendaciones para un adecuado manejo de la población.

**Tabla 14.** ***Recopilación resultados tamización secundaria.***

| Número del artículo | Autor | ¿Los alcances y objetivos de la GPC que requiere el prestador están incluidos en la guía evaluada? | ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es la búsqueda de evidencia primaria confiable, fue desarrollada en al menos dos bases de datos y es replicable? | ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador? | ¿Establece recomendaciones? | Fecha de última búsqueda (idealmente publicada en los últimos 5 años) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | *Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. | Si | Si | Si | Si | No |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | *Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. | Si | Si | Si | Si | No |
| 03 | *Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI). | No | Si | No | No | No |
| 04 | *Gonzalo González Landa. *Ma. Carmen Prado Fernández. | No | Sí | Sí | Sí | No |
| 05 | ASHA | No | Sí | Sí | Sí | No |

*Nota.* Tabla adaptada de MinSalud (2017) para tamizar las guías de prácticas clínicas. Elaboración propia.

Posterior a la tamización secundaria, se seleccionaron las Guías Clínicas de Fisura Labiopalatina del ministerio de Chile publicadas en los años 2009 (edición 2) y 2015 (edición 3), ya que, como se mencionó anteriormente, estas incluyen los alcances y objetivos necesarios para la Guía de Práctica Clínica requeridos por el prestador. Estas guías son replicables y están respaldadas por evidencia científica sólida, obtenida mediante una búsqueda confiable en al menos dos bases de datos de evidencia primaria. Además, cuentan con un proceso de desarrollo bien estructurado, un equipo desarrollador claramente definido y recomendaciones apropiadas. Esto permite realizar un análisis secundario que facilite una evaluación más profunda de su calidad mediante el instrumento AGREE, diseñado para medir la eficiencia de las GPC, lo cual se describe posteriormente.

### 8.1.3 Evaluación de calidad de la GPC instrumento AGREE II

A las GPC seleccionadas se les aplicó la evaluación de la calidad con la herramienta AGREE II que se compone de 23 preguntas agrupadas en seis dominios a saber:

a. Alcance y objetivo
b. Participación de los implicados
c. Rigor de la elaboración
d. Claridad de la presentación
e. Aplicabilidad e Independencia editorial.

Se recomienda que sea realizada mínimo por dos evaluadores, idealmente 4 evaluadores, esta evaluación se hace de forma independiente por parte de cada uno de los evaluadores. La herramienta evalúa el grado de conformidad de cada pregunta con los contenidos de la GPC, donde cada uno de los evaluadores darán una calificación entre 1 y 7, donde 1 significa desacuerdo, es decir, el evaluador no considera que la pregunta tenga una respuesta adecuada en los contenidos de la GPC y 7 donde el ítem evaluado se encuentra en forma clara y muy específico de acuerdo con lo solicitado (Consorcio AGREE, 2009). Para el proceso de evaluación se asigna a cada evaluadora una numeración, quedando de la siguiente manera:

Evaluadora 1: Claudia Marcela Gomez Castillo

Evaluadora 2: Eva Maria Madrid Zambrano

Evaluadora 3: Daiana Carolina Ticora Silva

Evaluadora 4: Laura Daniela Vidal Astudillo

En el anexo No.6 se presenta la calificación dada por cada evaluadora para las dos guías seleccionadas.

A continuación, se presenta el resultado consolidado de evaluación, con el instrumento AGREE II. Se aplica la siguiente fórmula para determinar el porcentaje de cumplimiento de acuerdo a cada dominio por guía:

**Gráfico 6.** ***Fórmula para calcular la puntuación de los dominios.***

$$\frac{Puntuación\ obtenida - Puntuación\ mínima\ posible}{Puntuación\ máxima\ posible - Puntuación\ mínima\ posible} \times 100 = \%$$

*Nota.* Adaptado de Consorcio AGREE (2009).

**Tabla 15.** ***Puntuación de los dominios según el AGREE II de (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009).***

| (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009). | | |
|---|---|---|
| **Dominio** | **Ecuación aplicada** | **Resultado** |
| Dominio 1: Alcance y objetivo | $\frac{80-12}{84-12} = \frac{68}{72} = 0.944 \times 100$ | 94.44% |
| Dominio 2: Participación de los implicados | $\frac{63-12}{84-12} = \frac{51}{72} = 0.708 \times 100$ | 70.83% |
| Dominio 3: Rigor en la elaboración | $\frac{136-32}{224-32} = \frac{104}{192} = 0.541 \times 100$ | 54.16% |
| Dominio 4: Claridad de presentación | $\frac{80-12}{84-12} = \frac{68}{72} = 0.944 \times 100$ | 94.44% |
| Dominio 5: Aplicabilidad | $\frac{34-16}{112-16} = \frac{18}{96} = 0.187 \times 100$ | 18.75% |
| Dominio 6: | $\frac{56-8}{56-8} = \frac{48}{48} = 1 \times 100$ | 100% |

| | |
|---|---|
| Independencia editorial | |

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 16.** ***Puntuación de los dominios según el AGREE II de (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015).***

| (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009). | | |
|---|---|---|
| **Dominio** | **Ecuación aplicada** | **Resultado** |
| Dominio 1: Alcance y objetivo | $\frac{74-12}{84-12} = \frac{62}{72} = 0.861 \times 100$ | 86.11% |
| Dominio 2: Participación de los implicados | $\frac{63-12}{84-12} = \frac{51}{72} = 0.708 \times 100$ | 70.83% |
| Dominio 3: Rigor en la elaboración | $\frac{147-32}{224-32} = \frac{115}{192} = 0.598 \times 100$ | 59.89% |
| Dominio 4: Claridad de presentación | $\frac{80-12}{84-12} = \frac{68}{72} = 0.944 \times 100$ | 94.44% |
| Dominio 5: Aplicabilidad | $\frac{30-16}{112-16} = \frac{14}{96} = 0.145 \times 100$ | 14.58% |
| Dominio 6: Independencia editorial | $\frac{54-8}{56-8} = \frac{46}{48} = 0,958 \times 100$ | 95.83% |

Nota. Elaboración propia.

A partir de los resultados obtenidos en la consolidación de la información, se observa que:

- En el dominio 1, denominado “Alcance y Objetivo” (evalúa si la guía define claramente su objetivo general, el aspecto de salud que aborda y la población a la que se dirige): la “Guía Clínica Fisura Labiopalatina” de 2009 (guía n°1) alcanza un 94.44%, y la “Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina” de 2015 (guía n°2) un 86.11%. ¿por qué?
- En el dominio 2, denominado “Participación de los implicados” (evalúa si la guía se creó con la participación de todos los profesionales relevantes, si consideró las opiniones de la población a la que va dirigida y si define claramente a sus usuarios): ambas guías logran un 70.83%. Porque no está claro tal cosa
- En el dominio 3, denominado “Rigor de la elaboración” (evalúa si la guía se basa en evidencia sólida y si se elaboró con rigor científico, incluyendo la transparencia en los métodos, la consideración de riesgos y beneficios, la revisión externa y la posibilidad de actualización): la guía n°1 obtiene un 54.16% y la guía n°2 un 59.89%.
- En el dominio 4, denominado “Claridad de la presentación” (evalúa si la guía presenta la información de forma clara, con recomendaciones específicas y sin ambigüedades): ambas guías consiguen un 94.44%.
- En el dominio 5, denominada “Aplicabilidad” (evalúa si la guía ofrece información y herramientas para facilitar su aplicación en la práctica, considerando los recursos y la monitorización): la guía n°1 obtiene un 18.75% y la guía n°2 un 14.58%.
- En el dominio 6 denominada “Independencia editorial” (evalúa la independencia editorial de la guía, asegurándose de que no haya influencia de la entidad financiadora y que se hayan gestionado los conflictos de intereses de los autores.): la guía n°1 alcanza un 100% y la guía n°2 un 95.83%.

### 8.1.4 Análisis y selección de la GPC a utilizar

Una vez calificadas las GPC mediante la herramienta AGREE II, se realizó un análisis detallado de cada una de las guías a adaptar. Este análisis consideró aspectos como el contenido incluido en las GPC seleccionadas tras evaluar su calidad, el uso o no de la metodología GRADE, y las calificaciones obtenidas en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial de AGREE II. A continuación, se presenta la tabla de análisis según metodología propuesta en la Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (2017) propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

**Tabla 17.** ***Herramienta de análisis y selección de GPC.***

| Id | Nombre de la GPC | 1. Aspectos que incluye la o las GPC seleccionadas posterior a la calificación de la calidad (AGREE II) | | | Uso de Metodología GRADE (Si/No) | Calificación de los dominios de rigor metodológico e independencia editorial del AGREE II | | GPC seleccionada | | La guía de práctica clínica será usada parcial o totalmente | | Si la GPC es usada parcialmente que aspectos adoptará | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Aspecto | Si | No | | Rigor metodológico | Independencia editorial | Si | No | Total | Parcial | Aspecto | Si | No |
| 01 | - Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Chile, 2009) | Prevención | X | | Si | 54.16 % | 100% | X | | | X | Prevención | | X |
| | | Diagnóstico | X | | Si | | | | | | | Diagnóstico | | X |
| | | Tratamiento | X | | Si | | | | | | | Tratamiento | X | |
| | | Rehabilitación | X | | Si | | | | | | | Rehabilitación | X | |
| | | Paliación | | X | No aplica | | | | | | | Paliación | - | - |
| 02 | Guía Clínica AUGE Fisura Labiopal | Prevención | X | | Si | 59.89 % | 95.83% | X | | | X | Prevención | | X |
| | | Diagnóstico | X | | Si | | | | | | | Diagnóstico | | X |
| | | Tratamiento | X | | Si | | | | | | | Tratamiento | X | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| atina (Chile, 2015) | Rehabilitación | X | Si | | | Rehabilitación | X | |
| | Paliación | X | No aplica | | | Paliación | - | - |

Nota. Tomado de Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, 2017.

De acuerdo con lo representado en la tabla 17, se concluye que las guías identificadas con el código 01 y 02 abarcan aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, incluyendo el uso de la metodología GRADE en los mismos, y se excluye el componente de paliación, el cual no se califica, ya que éste no hace parte de la guía.

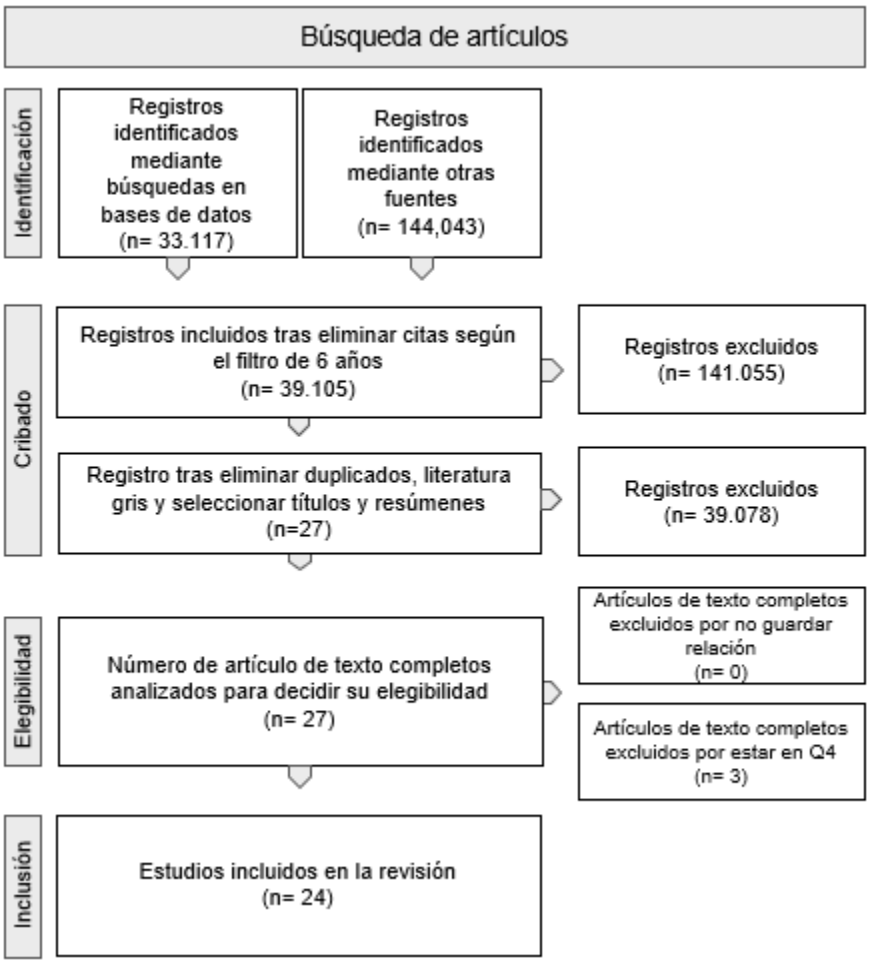
En cuanto al rigor metodológico la guía n° 01 califica con un 54.16 % y la guía n° 02 con un 59.89 %; en relación con la independencia editorial la guía n° 01 obtiene un 100 % y la guía n° 02 un 95.83 %. Ambas son seleccionadas para la adaptación de la guía propuesta por las investigadoras en el presente proyecto, usadas de manera parcial para aspectos de tratamiento y rehabilitación.

### 8.1.5 Búsqueda de artículos y análisis primario para recomendaciones

Se realizó una búsqueda de artículos, libros y trabajos de grado con los organismos compiladores de las publicaciones de los últimos 6 años, se utilizaron los siguientes descriptores: "Cleft palate" AND "Feeding disorders", "Cleft palate" AND "Speech", "Labio y paladar hendido" AND "Alimentación", "Labio y paladar fisurado" AND "Alimentación" , "Labio y paladar hendido" AND "Articulación", "Labio y paladar fisurado" AND "Articulación", "Cleft palate" AND "Speech therapy", "Cleft palate" AND "Feeding", “Paladar Hendido” AND “fonoaudiología” AND “Intervención”, se encontraron 7,685 resultados en Mendeley, 23,154

resultados en ScienceDirect, 6,552 resultados en Pubmed, 136,358 resultados en Google Scholar, 12,464 resultados en Redalyc y 181 resultados en SCielo, para un total de 186,394 resultados de artículos, libros y trabajos de grado.

**Gráfico 7.** ***Flujograma de búsqueda de artículos.***



*Nota.* Elaboración propia

Posteriormente se realizó un proceso de análisis de los documentos encontrados, según su título, resumen, continente, idioma, año, cuartil, edad de población, información de intervención relacionado con quehacer fonoaudiológico y acceso libre, para lo cual se obtienen los siguientes resultados:

**Tabla 18.** ***Análisis primario de documentos de intervención fonoaudiológica en niños y niñas con labio y paladar fisurado.***

| Nombre de artículo | Autores | Año/ País | Buscador | Cuartil | Idioma | Tipo de documento /investigación | Tema específico de aporte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿How acceptable is the use of linguistic-phonological intervention in children with cleft palate? A qualitative study in speech therapists | Cassandra Alighieri, Kim Bettens, Greet Hens, Evelien D'haeseleer, Kristiane Van Lierde | 2024 Bélgica | Google scholar | Q2 H-INDEX 86 | Inglés | Transversal retrospectivo, de cohorte cualitativo. | Articulación |
| Cleft Lip and Palate Newborn Care and Feeding: A Primer for Bedside Nursing Providers | Alison Kaye, Helen Huff, Brenda Fetter, Kristi Thaete | 2020 Estados Unidos | Google scholar | Sin dato | Inglés | Estudio de intervención educativa. | Alimentación |
| Intervención Fonoaudiológica en la Articulación del Habla en Niños con labio Paladar Hendido Entre las Edades de 8 a 12 años de la Fundación Drawing Alegría, a través de la Tele-Rehabilitación. Prueba Piloto | Castellanos Ojeda Leidy Johanna y Ortiz Camacho Andrea Natalia | 2021 Colombia | Google Scholar | No aplica | Español | Trabajo de grado cuasi experimental transversal, de cohorte cualitativo. | Articulación |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuidados de Enfermería en el inicio de la alimentación en neonatos con labio leporino y/o paladar hendido que nacen en el hospital de la amistad, Perú Corea, Santa Rosa ll Piura. 2018 | Noemi Cruz Córdoba | 2019 Perú | Google Scholar | No aplica | Español | Trabajo de grado | Alimentación |
| Evaluación e intervención fonoaudiológica en niños con labio fisurado | Espitia Rojas, Gleidy Vannesa, Rodríguez Arias y Karen Lizeth | 2021 Colombia | Google Scholar | Sin dato | Español | Revisión narrativa de la literatura. | Articulación |
| Effectiveness of Speech Intervention in Patients With a Cleft Palate: Comparison of Motor-Phonetic Versus Linguistic-Phonological Speech Approaches | Cassandra Alighieri,a Kim Bettens,a Laura Bruneel,a Evelien D'haeseleer,a Ellen Van Gaever y Kristiane Van Lierdea | 2020 Bélgica | Google Scholar | Q1 H-INDEX 159 | Inglés | Ensayo clínico experimental controlado aleatorizado. | Articulación |
| Speech Production Errors in Children With Cleft Palate With or Without Cleft Lip | Kari M. Lien, Nancy J. Scherer, Kelly Nett Cordero y Thomas J. Sitzman | 2022 Estados Unidos | Google Scholar | Q1 H-INDEX 159 | Inglés | Transversal retrospectivo, observacional descriptivo. | Articulación |
| The Use of Nonspeech Oral Motor Exercises in the Treatment of Children With Cleft Palate: A Re-Examination of Available Evidence | Dennis M. Ruscello y Linda D. Vallino | 2020 Estados Unidos | Google Scholar | Q1 H-INDEX 88 | Inglés | Revisión narrativa de la literatura. | Articulación |
| Feeding and Growth in Infants With Cleft Lip and/or Palate: Relationships With Maternal Distress | Lauren L. Madhoun, Canice E. Crerand, Meghan O'Brien y Adriane L. Baylis | 2020 Estados Unidos | Google Scholar | Q2 H-INDEX 91 | Inglés | Transversal cuantitativo. | Alimentación |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adherencia a lactancia materna en lactantes con labio leporino y paladar hendido por enfermería | María Yesneida Álvarez Palacios, Erika Tatiana Ordoñez Ortiz, Kevin Mauricio Rojas Plata y Karen Daniela Tarazona Castellanos | 2022 Colombia | Google Scholar | No aplica | Español | Trabajo de grado | Alimentación |
| A systematic review of early speech interventions for children with cleft palate | Hanna Lang,Sam Harding y Yvonne Wren | 2021 Reino Unido | Google scholar | Q2 H-INDEX 86 | Inglés | Revisión sistemática. | Articulación |
| Lactancia materna en niños con labio y paladar fisurado | Albarracin Pintado Marcia, Buele Yunga Diana, Sanchez Pino Karen, Serrano Serrano Maria Jose | 2022 Ecuador | Mendeley | Sin dato | Español | Revisión sistemática. | Alimentación |
| Disglosias: Perspectiva odontológica y lingüística | Dennys Vladimir Tenelanda López, DayanaAlexandra Guerrero De La Torre, Paola Vanessa Moscoso Gaibor, Mónica Alexandra Castelo Reyna | 2022 Ecuador | Mendeley | No aplica | Español | Monografía especializada. | Articulación |
| Treatment of Speech Sound Errors in Cleft Palate: A Tutorial for Speech-Language Pathology Assistants | Katelyn J. Kotlareka and Breanna I. Kruegera | 2022 Estados Unidos | Mendeley | Q1 H-INDEX 81 | Inglés | Descriptivo. | Articulación |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lactancia materna y factores asociados a la alimentación en bebés con fisura de paladar | Matías González Jara, Felipe Inostroza-Allende , Scarlette Norambuena Norambuena y Javiera Cornejo Farías | 2020 Chile | Mendeley | Sin dato | Español | Observacional analítico. | Alimentación |
| Effect of Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT) on Compensatory Articulation in Children With Cleft Palate/Lip | Raúl Herreras Mercado, ClinScD1 , Kenneth Simpson, and Kristen H. Bellom-Rohrbacher | 2019 Estados Unidos | Mendeley | Q2 H-INDEX 22 | Inglés | Ensayo clínico aleatorizado. | Articulación |
| Barriers and Resources to Cleft Lip and Palate Speech Services Globally: A Descriptive Study | Miriam Baigorri, PhD, Catherine J. Crowley,, Chelsea L. Sommer, MS, and Gemma Moya-Galé | 2021 Estados Unidos | Pubmed | Q3 H-INDEX 87 | Inglés | Transversal retrospectivo, de cohorte cualitativo y cuantitativo. | Articulación |
| Early speech and language intervention in Brazilian-Portuguese toddlers with cleft lip and/or palate | Nancy J. Scherer, Renata Yamashita, Debora Natalia de Oliveira, Jennifer DiLallo, Inge Trindade, Ana Paula Fukushiro, Kacey Richards | 2022 Brasil | Pubmed | Q1 H-INDEX 58 | Inglés | Comparativo, de cohorte cualitativo. | Articulación |
| On the Benefits of Speech-Language Therapy for Individuals Born With Cleft Palate: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Participant Data | Anders Sand, Emilie Hagberg, and Anette Lohmandera | 2021 Suecia | Pubmed | Q1 H-INDEX 159 | Inglés | Búsqueda sistemática. | Articulación |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Treatment of infants with craniofacial malformations | Cornelia Wiechers, abea Thjen, Bernd Koos,Siegmar Reinert, Christian F Poets | 2020 Alemania | Pubmed | Q1 H-INDEX 133 | Inglés | Revisión narrativa de la literatura. | Alimentación y apoyo familiar |
| Influence of an Intensive Speech Therapy Program on the Speech of Individuals with Cleft Lip and Palate | Laura Katarine Félix de Andrade, Jeniffer de Cássia Rillo Dutka, Gabriela Zuin Ferreira, Maria Daniela Borro Pinto, Maria Inês Pegoraro-Krook | 2023 Brasil | Scielo | Q2 H-INDEX 28 | Inglés | Retrospectivo, de cohorte cualitativo. | Articulación |
| Factores asociados a la adherencia a la lactancia materna en lactantes con fisura orofacial: Revisión de alcance. | Nayara Tomazi Batista, Camila Trettene Antonio, Gesiane Cristina Bom, Francely Tineli Farinha, Lilia Maria Von Kostrisch, Alessandra Mazzo y Armando dos Santos Trettene | 2024 Brasil | Scielo | Q3 H-INDEX 10 | Español | Revisión de alcance. | Alimentación |
| Parents' Emotional and Social Experiences of Caring a Child with Cleft Lip and/or Palate | Naiara Oliveira Carvalho, Maria Franciele Soares Matos, Iara Freire Costa Belchior, Marcos Bruno Araújo, Cristiane Tomaz Rocha, Beatriz Gonçalves Neves | 2020 Brasil | Scielo | Q3 H-INDEX 15 | Inglés | Transversal retrospectivo, de cohorte cuantitativo. | Acompañamiento y consejería familiar |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parental perceptions and expectations concerning speech therapy-related cleft care - a qualitative study | Cassandra Alighieri, Wim Peersman b , Kim Bettens a ,Vienna Van Herreweghe a , Kristiane Van Lierde a c | 2020 Bélgica | ScienceDirect | Q2 H-INDEX 76 | Inglés | Diseño cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas. | Acompañamiento familiar y habla |

*Nota.* Elaboración propia.

De los documentos analizados, se encontró que en relación con el país, 3/24 procedían de Colombia, 3/24 de Bélgica, 4/24 de Brasil, 1/24 de Chile, 1/24 de Alemania, 2/24 de Ecuador, 7/24 de Estados Unidos, 1/24 de Perú, 1/24 de Reino Unido, 1/24 de Suecia. Con respecto al idioma, 8/24 de los documentos seleccionados fueron publicados en Español y 16/24 en inglés. En relación con los buscadores 11/24 fueron encontrados en Google Scholar, 5/24 en Mendeley, 4/24 en Pubmed, 3/24 en Scielo y 1/24 en ScienceDirect. Sobre los cuartiles de las revistas en que se publicaron los documentos, 7/24 fueron publicados en revistas en cuartil Q1, 6/24 en Q2, 3/24 en Q3, 4/24 no se encontró el dato del cuartil de la revista y 3/24 fueron trabajos de grados y 1/24 libros, por lo que no aplicaba esta categorización. Con respecto al tipo de investigación se encontró que 20/24 corresponden a artículos, 3/24 a trabajos de grado y 1/24 a un libro.

Es importante aclarar que durante la revisión bibliográfica se obtuvieron 4 documentos de revistas no indexadas, incluyendo 2 revistas, 1 trabajo de grado y 1 monografía, por lo cual se puede presentar un sesgo de información.

Finalmente, en cuanto a tema específico de aporte se determinan 14 de artículos enfocados en el tratamiento de los desórdenes del habla (articulación), 8 direccionados a la

intervención en aspectos de alimentación y 2 que se concentran en el acompañamiento, consejería y apoyo familiar.

## 8.2 Resultados Fase 2: Adaptación de la GPC.

Posterior a la revisión y análisis realizado de los documentos en la fase 1, se plantea el desarrollo de la Adaptación de la Guía de intervención para profesionales en fonoaudiología dirigida a población con Fisura Labiopalatina teniendo como referente las Guías del ministerio de Chile (Guía Clínica Fisura Labiopalatina, 2009 y Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina, 2015), lo cual responde a la necesidad de garantizar una atención actualizada, integral y basada en evidencia científica para los pacientes con fisura labiopalatina, asegurando que las recomendaciones clínicas reflejen los avances más recientes en el manejo de esta condición.

### 8.2.1 Alcance de la guía

Teniendo en cuenta los calificadores y temas abordados, se adoptan los mismos parámetros de alcance establecidos en las guías seleccionadas considerando su pertinencia y viabilidad tanto para el tipo de pacientes incluidos en la guía, como para los profesionales en fonoaudiología a quienes está dirigida.

#### 8.2.1.1 Tipo de pacientes incluidos en esta guía.

La presente guía da recomendaciones para la intervención fonoaudiológica respecto al tratamiento y rehabilitación en alimentación de los recién nacidos y articulación en niños de

sexo femenino y masculino hasta los 10 años de edad con fisura de labio (FL), paladar (FP) y de labio y paladar (FLP) sin otros síndromes asociados, con el fin de orientar a los y las profesionales en fonoaudiología, que se encuentran en el ámbito hospitalario de tercer y cuarto nivel de complejidad, padres de familia y/o cuidadores sobre la alimentación y articulación del habla a lo largo del ciclo vital.

#### 8.2.1.2 Usuarios a los que está dirigida la guía.

Esta guía está dirigida a los y las profesionales en fonoaudiología involucrados en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los pacientes con LPF. Es esencial que los profesionales en fonoaudiología que atienden a estos niños estén entrenados y tengan experiencia en el manejo del diagnóstico.

### 8.2.2 Declaración de intención

Esta guía es elaborada con la intención de brindar recomendaciones generales para los pacientes con FL, FP y FLP teniendo en cuenta que cada paciente puede presentar necesidades específicas que deberán ser abordadas de manera individual, esto, basándose en la información clínica disponible, tecnologías y recursos accesibles de cada contexto. Vale la pena destacar que las recomendaciones mencionadas en esta guía no aseguran un resultado exitoso.

### 8.2.3. Objetivos

En la presente guía se incorporan y se adaptan algunos de los objetivos de alcance establecidos en la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2015), dando un enfoque específico al quehacer fonoaudiológico, puesto que se consideran relevantes y aplicables al abordaje de los pacientes con LPF. Estos objetivos han sido seleccionados por su pertinencia clínica y por su alineación con las necesidades de intervención en esta población, permitiendo un enfoque basado en la evidencia y adaptable a distintos contextos de atención. Se excluyen 2 de sus objetivos referentes a prevención y diagnóstico, ya que la presente guía está planteada para la toma de acción una vez establecido el diagnóstico de la fisura. Por lo que se plantean los siguientes objetivos:

- Entregar recomendaciones para realizar tratamiento y rehabilitación fonoaudiológico en alimentación para recién nacidos y lactantes, y articulación para niños desde el nacimiento hasta los 10 años con fisura de labio (FL), paladar (FP) y de labio y paladar (FLP).
- Entregar recomendaciones para el seguimiento por fonoaudiología en áreas de alimentación para recién nacidos y lactantes, y articulación para niños desde el nacimiento hasta los 10 años con fisura de labio (FL), paladar (FP) y de labio y paladar (FLP).
- Entregar un protocolo de atención por edades para el manejo fonoaudiológico en alimentación para recién nacidos y lactantes, y articulación para niños desde el nacimiento hasta los 10 años con fisura de labio (FL), paladar (FP) y de labio y paladar (FLP).

### 8.2.4 Intervención

Para el desarrollo de la GPC el equipo realizó las siguientes recomendaciones, teniendo en cuenta los diferentes momentos de intervención del profesional en fonoaudiología y las áreas seleccionadas (alimentación y articulación). Adicionalmente, se plantearon preguntas clínicas para ser respondidas según la evidencia científica, incluyendo los aspectos clínicos de tratamiento y rehabilitación.

En la presente guía se excluyen las recomendaciones relacionadas con la prevención primaria y el diagnóstico en los niños con LPF, respetando las competencias profesionales fonoaudiológicas establecidas en el contexto nacional (Congreso de Colombia, 1997).

### 8.2.5 Recomendaciones globales

En la presente guía se excluyen las descripciones de los tratamientos relacionados con odontopediatría, ortodoncia, salud mental, kinesiología, cirugía y otras especialidades médicas ya que su enfoque está específicamente orientado a la intervención fonoaudiológica en pacientes con LPF. También, se excluyen las recomendaciones guiadas al tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las áreas de audición y voz, debido a que esta guía se enfoca en la intervención de las áreas de articulación y alimentación.

A continuación, se brindan recomendaciones generales, basadas en evidencia, del quehacer fonoaudiológico, algunas que no se encontraron en la guía, fueron incluidas a partir de los documentos seleccionados de la revisión documental con el fin de complementar la intervención y asegurar un abordaje más actualizado.

#### 8.2.5.1 Consejería.

Según Alighieri, C. et al. (2020) establece la importancia de tener en cuenta la calidad de la consejería que recibirá la familia del niño o niña con LPF desde el primer momento y la entrevista inicial, tratando de disminuir la ansiedad que provoca el desconocimiento de la situación. Es pertinente establecer metas factibles y realistas que sean consistentes con las demandas y capacidades de todas las partes, con el fin de evitar sentimientos de frustración o decepción cuando la terapia del habla no cumple con las expectativas de los padres. Para esto, Carvalho et al. (2021) sugieren una sesión de asesoramiento inicial y comunicación clara, ya que las familias necesitan claridad y atención, además de la ayuda continua de profesionales que estén dispuestos a escuchar con sensibilidad, sin pasar por alto el defecto anatómico, pero tomando en cuenta los aspectos positivos. Por lo tanto, se debe realizar una primera reunión con los padres para regular las expectativas de los padres/cuidadores y promover el apoyo psicológico para la familia.

#### 8.2.5.2 Estimulación e intervención temprana del habla.

Se recomienda implementar estrategias de estimulación temprana del habla y el lenguaje, como talleres de balbuceo para padres e hijos que son efectivos en los primeros meses de vida para fomentar el desarrollo comunicativo. Es crucial trabajar en la conciencia auditiva y en la producción de fonemas mediante movimientos motores orofaciales. Además, la terapia en un entorno natural, que se centra en las capacidades e intereses de los niños, ha demostrado ser efectiva para mejorar tanto las habilidades expresivas como receptivas. Estas estrategias son esenciales para prevenir trastornos comunicativos y del desarrollo psicosocial, optimizando así la calidad de vida de los niños con LPF (Espitia Rojas et al., 2021).

#### 8.2.5.3 Errores de colocación no oral.

Establecer un flujo de aire oral adecuado, por medio de retroalimentación táctil o visual. La oclusión nasal es una herramienta útil durante estas primeras etapas de la terapia. Es de suma importancia cambiar el nombre del sonido objetivo en comparación con la producción incorrecta (por ejemplo, “sonido de garganta” como la producción incorrecta y “sonido de boca” como la producción correcta). Susurrar el sonido con una aspiración exagerada puede ser útil si se sustituye por una oclusión glótica, esta estrategia de susurrar puede reducir la coarticulación glótica, no obstante es importante ir atenuando el susurro “activando la voz” lentamente antes de continuar. (Kotlarek, K., Krueger, B., 2022).

#### 8.2.5.4 Errores orales respaldados.

Para corregir los errores de articulación relacionados con la posición de la lengua en el paladar, se recomienda usar técnicas de modelado. Además, los ejercicios de contraste mínimo y de retroalimentación visual son estrategias útiles para mejorar la precisión de la colocación de la lengua, especialmente para sonidos alveolares (Kotlarek, K., Krueger, B., 2022).

#### 8.2.5.5 Participación activa de las familias en la terapia del habla.

Es importante brindar un cuidado centrado en el paciente, donde se busque la participación activa de los cuidadores en el proceso terapéutico, también, donde se le brinde información clara a los cuidadores sobre el proceso del tratamiento y estrategias de apoyo en casa. (Alighieri et al., 2020). La participación activa de los cuidadores en el proceso terapéutico es fundamental ya que influye positivamente en las habilidades lingüísticas de los niños (Espitia

Rojas et al., 2021).

#### 8.2.5.6 Enfoque fonológico de la terapia del habla.

Es importante implementar el enfoque fonológico en niños con LPF porque estos pacientes pueden presentar trastornos en el desarrollo del lenguaje y en la articulación del habla, así como la articulación compensatoria. Este enfoque permite tratar múltiples errores simultáneamente y se centra en las reglas fonológicas activas en el sistema del lenguaje del niño. Se recomienda utilizar actividades cognitivas-lingüísticas en contextos de lenguaje significativo, lo que estimula a los niños a explorar el sistema sonoro sin proporcionar pistas auditivas o perceptuales para la producción de sonidos.

Al trabajar de manera integral ambos aspectos, se facilita un desarrollo adecuado y se acorta el tiempo de tratamiento necesario para corregir la articulación compensatoria. Además, el tratamiento integral permite que los pacientes alcancen un nivel de desarrollo cognitivo-lingüístico mayor en un menor tiempo de terapia (Alighieri et al., 2020).

#### 8.2.5.7 No se recomienda alimentación por sonda.

En caso de no ser posible la alimentación mediante pecho materno o mamadera, no debe administrarse la alimentación por sonda nasogástrica porque es traumática para el niño. Acorde al Ministerio de Salud de Chile (2019) esto puede dañar las mucosas, expone a infecciones, la madre está sometida a un estrés mayor, dificulta la relación madre – hijo y retarda el aprendizaje de otra técnica a futuro. Será indicado su uso por el pediatra al no existir reflejo de deglución, micrognatia severa, otra malformación del tracto digestivo o inmadurez del bebé, en cuyos casos se utilizará sonda nasogástrica con leche materna.

#### 8.2.5.8 Lactancia materna, no nutritiva.

Como menciona Cruz Cordova (2019), las ventajas que brinda el dar el pecho al bebé son conocidas, tales como una mejor relación madre-hijo, tranquilidad y relajación tanto en la madre como en el bebé. A las madres que estén interesadas en conocer los beneficios que aporta la alimentación con el pecho [no nutritiva] se les puede dar algunas recomendaciones como mantener el contacto visual durante la alimentación, el vínculo piel con piel con el bebé siempre que sea posible, facilitar al bebé la succión no nutritiva del pecho (no hay succión de leche) después de estar alimentado, de manera que, aunque no succione correctamente ambos puedan disfrutar de la experiencia. Es importante informar a la mamá que los ejercicios de la succión no nutritiva estimulan y fortalecen importantes músculos de la boca del bebé y la lengua.

### 8.2.6 Recomendaciones

#### 8.2.6.1 Tratamiento/rehabilitación de Fisura labial, palatina y labio-palatina en alimentación.

##### 8.2.6.1.1 Preguntas clínicas.

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento del paciente con fisura labial, palatina y labio-palatina?

¿Cómo se deben alimentar los recién nacidos y lactantes con fisura labial, palatina y labio-palatina?

#### 8.2.6.1.2 Objetivos para fisura labial en alimentación.

Se toman los objetivos de la Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009):

Evaluación de habilidades de alimentación

#### 8.2.6.1.3 Objetivos para fisura palatina y labio palatina en alimentación.

Se toman los objetivos de la Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009):

Entre los objetivos para la fisura palatina y la fisura labio palatina en la alimentación se encuentran los siguientes:

- Brindar apoyo en el proceso de alimentación.
- Orientar y supervisar técnicas de alimentación de manera coordinada con enfermera y/o matrona.
- Prevenir y tratar malos hábitos orales y funciones alteradas del sistema estomatognático

#### 8.2.6.1.4 Recomendaciones para fisura labial en alimentación.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009):

Es fundamental tranquilizar y orientar a los padres sobre la patología de su hijo. Los niños que tienen sólo labio fisurado (sin fisura palatina) normalmente no tienen dificultades de alimentación. Idealmente la niña o niño debe alimentarse al pecho desde el nacimiento, ya que

de este modo se logra entre otros beneficios: Aceptación mutua, del hijo a la madre y de la madre al hijo, liberación de hormonas, importantes para la mamá y el hijo, nutrientes adecuados en calidad, consistencia, temperatura, composición, formación de un eficiente sistema inmunitario, adecuado desarrollo de la cara, (especialmente de los músculos y de la mandíbula).

En la alimentación por pecho materno es recomendable que el niño se coloque en una posición semisentado o a horcajadas sobre la pierna de la madre. Es de vital importancia que ésta se encuentre cómoda, ya que deberá alimentar a su hijo cada 2 o 2,5 hrs.

Si de todas maneras no es posible alimentarlo al pecho, se debe usar tetero ya que el incremento de peso efectivo evita dilatar la cirugía, por lo que se debe monitorear el incremento periódicamente.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

- Se recomienda promover la lactancia materna en todas las madres de recién nacidos (RN) y lactantes con fisura labial.
- Para la alimentación del niño y la niña, se sugiere utilizar la posición más cómoda para el binomio madre-hijo.
- En caso de no lograr lactancia materna directa, se sugiere utilizar tetero con leche materna extraída.
- A partir de la información obtenida en la revisión documental se adicionan las recomendaciones:

Acorde a Kaye et al. (2020), se propone la utilización de cinta adhesiva como “Steri-Strips” o “half-inch paper tape” en bebés con fisura labial. El uso de estas cintas facilita la contracción de los músculos orbiculares de los labios y a realizar una succión del pezón durante el momento de alimentación. Además, el uso prolongado de la cinta puede ayudar a disminuir la hendidura, favoreciendo en el proceso de alimentación y el proceso quirúrgico posterior.

Córdova (2019) recomienda alimentar al bebé en una posición semisentada o verticalizada, con la cabeza más elevada que el cuerpo, para así disminuir el riesgo de atragantamiento y facilitar la succión. También, se sugiere dar sostén al mentón del bebé durante la alimentación colocando un dedo debajo de la parte ósea de este, de manera de que el dedo del cuidador sirva como borde para prevenir movimientos exagerados de la mandíbula (Kaye et al., 2020).

Adicionalmente, Albarracín et al. (2022) propone diferentes posiciones de lactancia, dependiendo del tipo de fisura. Para fisuras unilaterales recomiendan la posición de cuna cruzada en el pecho derecho y la posición de fútbol americano en el izquierdo, para facilitar la succión. En caso de fisuras bilaterales, la posición cara a cara es la más favorable. También, sugieren la utilización de una técnica de compresión manual de las mejillas para disminuir el ancho de la fisura y mejorar el sellado alrededor del pezón.

#### 8.2.6.1.5 Recomendaciones para fisura palatina en alimentación.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009):

Es fundamental tranquilizar y orientar a los padres sobre la condición de su hijo. Idealmente la niña o niño debe alimentarse al pecho desde el nacimiento, ya que de este modo se logra entre otros beneficios:

- Aceptación mutua, del hijo a la madre y de la madre al hijo.
- Liberación de hormonas, importantes para la mamá y el hijo.
- Nutrientes adecuados en calidad, consistencia, temperatura, composición.
- Formación de un eficiente sistema inmunitario.
- Adecuado desarrollo de la cara, (especialmente de los músculos y de la mandíbula).

Es recomendable en la alimentación por pecho materno, que el niño se coloque en una posición semisentado o a horcajadas sobre la pierna de la madre. Es de vital importancia que ésta se encuentre cómoda, ya que deberá alimentar a su hijo cada 2 o 2,5 hrs.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

- Se recomienda promover la lactancia materna a todas las madres de recién nacidos (RN) y lactantes con fisura palatina.
- Se recomienda dar a todas las madres de niños y niñas con fisura palatina, consejería en lactancia materna lo más temprana posible.
- En recién nacidos con fisura de paladar aislada, en caso de no lograr lactancia materna directa, se sugiere utilizar teteros exprimibles (blandos) con leche materna extraída.

- Para la alimentación en recién nacidos con fisura de paladar aislada, se sugiere utilizar la posición semisentado para disminuir la regurgitación nasal (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

A partir de la información obtenida en la revisión documental se adicionan las siguientes recomendaciones:

Es probable que los bebés con fisura palatina, ya sea que presenten o no afectación en los labios, necesiten ser alimentados con métodos diferentes al pecho para cubrir adecuadamente sus necesidades nutricionales. Sin embargo, esto no impide que se utilice leche materna extraída o que se opte por la alimentación no nutritiva en el pecho, lo cual puede ser una valiosa oportunidad para fomentar el vínculo entre la madre y el bebé. (Kaye et al., 2020).

De igual forma, Kaye et al. (2020) sugieren que se mantenga al niño o niña en una posición predominantemente erguida durante la alimentación. Evitar la posición de cuna puede reducir la entrada de líquidos a la cavidad nasal, lo que a su vez ayuda a prevenir el reflujo nasal. Como alternativa, una posición elevada de costado puede ser útil por las razones anteriormente mencionadas, además de permitir una mejor visualización durante la alimentación.

Es fundamental tener en cuenta que los lactantes con LPF suelen deglutir más aire durante las comidas en comparación con otros bebés. Por ello, los eructos frecuentes son recomendables para evitar el reflujo excesivo, la pronta saciedad y la pérdida de interés en la alimentación. (Kaye et al., 2020)

En general, las tomas no deberían extenderse por más de 30 minutos, ya que a partir de ese momento el bebé podría estar empleando más energía en alimentarse de la que realmente obtiene de la toma. (Kaye et al., 2020).

Para reducir el flujo de leche y minimizar la regurgitación nasal, es recomendable colocar al bebé en una posición en la que su columna esté semi-recta y su cabeza no esté excesivamente elevada. Otra posición efectiva es la llamada "estilo fútbol americano", en la que se sostiene al bebé de lado, utilizando un codo doblado como apoyo, de modo que la espalda del pequeño repose suavemente sobre los antebrazos. (Albarracín et al., 2022).

Se sugiere colocar el pecho de la madre sobre una parte del paladar que esté íntegro, promoviendo una mejor presión negativa durante la extracción de leche, evitando que el pezón se desplace hacia la fisura. Para los casos en que la fisura es muy amplia, algunos expertos recomiendan empujar el pezón hacia abajo para prevenir su movimiento hacia la fisura. Además, la madre puede estabilizar la mandíbula del bebe sujetando el mentón mientras este succiona. Otras alternativas incluyen extraer manualmente la leche directamente en la boca del niño/a, con el fin de estimular el reflejo de eyección, así como el uso de tetinas prefabricadas que permitan una succión eficiente, Adicionalmente, Rosado et al., (2019) como se citó en Albarracín et al. (2022), destaca los beneficios de utilizar una placa de resina acrílica en ortodoncia, haciendo énfasis en la prevención de infecciones y el riesgo de atragantamiento.

#### 8.2.6.1.6 Recomendaciones para fisura labiopalatina en alimentación.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009):

Se recomienda promover una alimentación adecuada, vigilar el riesgo de infecciones de las vías respiratorias altas, así como supervisar la técnica de alimentación e incremento ponderal hasta la cirugía. También, propiciar una técnica de alimentación natural respetando el apego y vínculo madre –hijo. Cualquier técnica tomará un tiempo y dedicación mayor. Tener en cuenta que la salida de las gotas de leche por las narinas es natural por la comunicación oronasal y la posibilidad de aspiración con una técnica cuidadosa de alimentación es mínima ya que todo recién nacido tiene también su reflejo de tos ante la presencia de cuerpo extraño en la laringe.

Es recomendable en la alimentación por pecho materno, que el niño se coloque en una posición semisentado o a horcajadas sobre la pierna de la madre. Es de vital importancia que ésta se encuentre cómoda, ya que deberá alimentar a su hijo cada 2 o 2,5 hrs.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

- Se recomienda promover la lactancia materna a todas las madres de recién nacidos y lactantes con fisura labiopalatina.
- Se recomienda dar a todas las madres de niños y niñas con fisura labiopalatina, consejería en lactancia materna lo más temprana posible.
- En caso de no lograr lactancia materna directa, se sugiere utilizar mamadera exprimible (blandas) con leche materna extraída.
- Los recién nacidos con fisura labiopalatina bilateral requieren mayor apoyo para lograr la lactancia. Si ésta no ocurre dentro de las primeras 24 horas, se sugiere utilizar mamadera exprimible.

- Para la alimentación, se sugiere utilizar la posición semisentado para disminuir la regurgitación nasal. (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

A partir de la información obtenida en la revisión documental se adicionan las recomendaciones:

No se aconseja recortar la tetina del biberón, ya que, aunque esto puede facilitar que un bebé con paladar hendido extraiga la leche, es un método poco controlado y, frecuentemente, los recién nacidos pueden sentirse angustiados por la cantidad de leche o la rapidez con que esta baja. Además, recortar las tetinas de esta forma puede deteriorarlas rápidamente o provocar que se desprendan fragmentos pequeños, lo cual representaría un riesgo de asfixia (Kaye et al., 2020).

La mayoría de los sistemas de alimentación para paladar hendido permiten presionar ligeramente el biberón o la tetina para ayudar al flujo de la leche. Sin embargo, se debe hacer con cautela, para evitar que el bebé ingiera demasiada leche al mismo tiempo. Si se requiere este apoyo, el cuidador debe presionar la tetina cuando el bebé esté succionando activamente. La presión se deja de ejercer cuando el bebé hace una pausa para deglutir y respirar, por lo tanto, esta maniobra exige que el cuidador esté atento y tenga buena coordinación. Por otro lado, controlar el ritmo de la respiración es útil para mejorar la coordinación de la succión-deglución-respiración de los recién nacidos (Kaye et al., 2020).

Si se pretende disminuir el flujo de la leche y regurgitación nasal, es importante mantener al bebe en una posición en que la columna esté semirrecta y la cabeza no esté muy elevada, se puede implementar una posición efectiva como es conocida la de “estilo fútbol americano” (Albarracín, et al., 2022).

Se sugiere colocar el pecho de la madre sobre una parte del paladar que esté íntegro, promoviendo una mejor presión negativa durante la extracción de leche, evitando que el pezón se desplace hacia la fisura. Para los casos en que la fisura es muy amplia, algunos expertos recomiendan empujar el pezón hacia abajo para prevenir su movimiento hacia la fisura. Además, la madre puede estabilizar la mandíbula del bebe sujetando el mentón mientras este succiona. Otras alternativas incluyen extraer manualmente la leche directamente en la boca del niño/a, con el fin de estimular el reflejo de eyección, así como el uso de tetinas prefabricadas que permitan una succión eficiente. Adicionalmente, Rosado et al., (2019) como se citó en Albarracín et al. (2022), destaca los beneficios de utilizar una placa de resina acrílica en ortodoncia, haciendo énfasis en la prevención de infecciones y el riesgo de atragantamiento.

#### 8.2.6.2 Tratamiento/rehabilitación de Fisura labial, palatina y labio-palatina en articulación.

##### 8.2.6.2.1 Pregunta clínica.

En pacientes con fisura labial, fisura palatina y fisura labiopalatina ¿cuáles son los objetivos en el tratamiento fonoaudiológico para articulación?

Según la Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009) y la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

Los objetivos que se deben tener en cuenta para la intervención de niños/as con LPF en el área de articulación son:

- Prevenir y tratar alteraciones del habla.
- El objetivo del tratamiento de una fisura de paladar es lograr que el habla del paciente tenga una resonancia nasal y articulación dentro de límites normales.
- Prevenir, evaluar y tratar alteraciones de habla, considerando las deficiencias anatómicas y funcionales que presenten los pacientes.
- Orientar a los padres en la estimulación del habla.
- Corregir los patrones mal adaptativos del habla

El objetivo a largo plazo de cualquier niño con paladar hendido es tener un habla que sea típica de la de sus compañeros; por lo tanto, un parámetro adecuado para el tratamiento es esforzarse por lograr una producción del habla apropiada para el desarrollo a la edad de 5 años (Kotlarek y Krueger, 2022).

#### 8.2.6.2.2. Pregunta clínica.

¿Qué estrategias se pueden implementar en la intervención fonoaudiológica dirigida a los niños con LPF?

Se toman las siguientes recomendaciones Guía clínica fisura labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009) y la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

- Iniciar programa de estimulación temprana del habla.
- Realizar terapia de articulación del habla (trastornos de pronunciación o de los sonidos del habla y articulaciones compensatorias)

A partir de la información obtenida en la revisión documental se realiza la siguiente síntesis de evidencia, y sus respectivas recomendaciones:

**8.2.6.2.3. Síntesis de evidencia.**

La literatura reitera la importancia de la intervención fonoaudiológica en niños con labio paladar hendido posterior a cirugías reconstructivas, casos en los que se hace indispensable la corrección fonoarticulatoria. El rol fonoaudiológico ante el proceso de intervención es base fundamental para los procesos de comunicación del habla en los niños con labio paladar hendido.

Asimismo, Castellanos y Ortiz (2021) resaltan la importancia del análisis exhaustivo de la articulación del habla por medio de protocolos que el fonoaudiólogo debe aplicar antes de realizar la intervención.

Adicionalmente, es fundamental la integración y adhesión de la familia en el proceso terapéutico para así garantizar resultados oportunos, considerando que la participación de los cuidadores en este proceso influye positivamente en las capacidades lingüísticas de los niños y niñas (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021). También, Castellanos y Ortiz (2021) apoyándose en Novick y Novick (2019), observaron la importancia de los padres de familia en el desarrollo del tratamiento, lo cual influye en el proceso de rehabilitación en cada uno de los niños y niñas, en tanto que en los padres recae la responsabilidad de asistir y cumplir con los criterios de intervención (p. 76).

La intervención lingüístico-fonológica se considera más efectiva en comparación con la intervención motor-fonética para mejorar la competencia consonántica y la producción de consonantes en niños con LPF. En un estudio realizado en 14 niños de habla holandesa con LPF y de edades comprendidas entre 4 y 12 años del equipo craneofacial multidisciplinario del Hospital de Gante, dividen los participantes en dos grupos y se le brinda a cada grupo una estrategia de intervención diferente; uno recibió una intervención motora-fonética y otro recibió una intervención lingüística-fonológica, los resultados señalan que solo en el grupo que recibió intervención lingüístico-fonológica, el porcentaje de consonantes producidas correctamente y los lugares de articulación mejoraron significativamente después del tratamiento. Además, se ha observado que las estrategias de intervención metafonológica, que son parte de la intervención lingüístico-fonológica, muestran mejoras más significativas en la producción del habla en comparación con la terapia de articulación fonética tradicional (Alighieri et al., 2020).

La intervención lingüístico-fonológica tiene como base los principios del tratamiento *Metaphon (Dean et al., 1996; Harbers et al., 1999; Jarvis, 1989)*, adaptados para niños con LPF. Este enfoque está centrado en aspectos metalingüísticos y se divide en dos fases: una enfocada en la escucha y otra en las producciones orales, interviniendo errores de habla activos o compensatorios de forma paralela, centrándose en las reglas fonológicas activas en el sistema del lenguaje del niño. La intervención lingüístico-fonológica abarca tareas cognitivas-lingüísticas en contextos de lenguaje significativo, incentivando al niño a explorar el sistema sonoro sin proporcionar pistas auditivas o perceptuales para la producción de sonidos (Alighieri et al., 2020; Kotlareka y Kruegera, 2022).

Así mismo, en comparación con los enfoques tradicionales de articulación, el enfoque *Metaphon (Dean et al., 1996; Harbers et al., 1999; Jarvis, 1989)*.ha demostrado más efectividad en el tratamiento de trastornos fonológicos en niños con LPF (Kotlareka y Kruegera, 2022).

Adicionalmente, es importante reconocer que la producción del habla es una habilidad motora elaborada que requiere la coordinación, el control y el movimiento de una variedad de músculos con necesidades espacio temporales, por lo tanto, se consideran algunos aspectos del enfoque PROMPT, los cuales han demostrado ser efectivos en la intervención de articulación de errores compensatorios en población con LPF, como se menciona en Herrera et al., (2019). Del mismo modo, Namasivayam et al., (2013) como se menciona en Herrera et al., (2019) concluyeron que la inteligibilidad del habla se ve significativamente afectada por el control motor del habla, por lo que basándose en el enfoque PROMPT, el cual está elaborado para facilitar el lugar, la forma y la sincronización de los movimientos del habla, este brinda una entrada precisa y transiciones de movimiento empleando señales espacio-temporales táctiles en la región orofacial del niño. Asimismo, autores como Ito y Gomi (2007) como se menciona en Herrera et al., (2019) observaron que el sistema sensorial influye en el procesamiento perceptivo del habla, facilitando así que las señales táctiles que se utilizan en la región orofacial del niño puedan promover la adquisición del aprendizaje motor y le permita una producción del habla inteligible al infante.

Un estudio realizado por Espitia Rojas y Rodríguez Arias (2021) afirma que los fonoaudiólogos en consenso indicaron que la intervención temprana antes de la cirugía trae mayor evolución al caso, así mismo, se recomienda que los padres estimulen las consonantes de baja frecuencia como las bilabiales y velares. De la misma manera, los fonoaudiólogos estuvieron de acuerdo en que, si bien las actividades de soplar no son útiles para fortalecer los

músculos de los labios, la lengua o velofaríngeos, sí son útiles para aumentar la conciencia del flujo de aire oral para los niños con paladar hendido.

#### 8.2.6.2.5. Recomendaciones para fisura labial aislada en articulación.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

Se recomienda realizar tratamiento fonoaudiológico a niños y niñas con fisura labial aislada para evaluar el desarrollo psicomotor y de lenguaje del niño y niña con fisura labial; detectar fisura submucosa no diagnosticada previamente en pacientes con alteraciones anatómicas de labio o dentomaxilares; evaluar y tratar la articulación de fonemas bilabiales, labiodentales y/o la ejecución de praxias bucolinguofaciales; prevenir y tratar malos hábitos orales y funciones alteradas del sistema estomatognático; y derivar al sistema de atención o servicio clínico que corresponda.

#### 8.2.6.2.6. Recomendaciones para fisura de paladar en articulación.

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (2015) del Ministerio de Salud de Chile:

- En niños y niñas con fisura de paladar, se recomienda el inicio precoz del tratamiento fonoaudiológico.

- Se recomienda realizar un tratamiento fonoaudiológico para: Prevenir, evaluar y tratar alteraciones de habla, lenguaje y voz, considerando las deficiencias anatómicas y funcionales que presenten los pacientes.
- Lograr que el paciente tenga un habla, lenguaje y función velofaríngea normal.
- Prevenir y tratar malos hábitos orales y funciones alteradas del sistema estomatognático.

**8.2.6.2.7. Recomendaciones para fisura labiopalatina en articulación.**

Se toman las siguientes recomendaciones de la Guía Clínica Fisura Labiopalatina del Ministerio de Salud de Chile (2009):

- Prevenir y tratar alteraciones del lenguaje.
- Prevenir y tratar alteraciones del habla.
- Prevenir y tratar malos hábitos orales y funciones alteradas del sistema estomatognático.

**8.2.6.2.4. Recomendaciones.**

A partir de la síntesis de evidencia acerca de la intervención en el área de articulación para niños con LPF se realizan las siguientes recomendaciones de forma concreta:

- Formar e involucrar a los cuidadores
- Evaluar e identificar los errores articulatorios

- Priorizar enfoque fonológico en las intervenciones de articulación
- Realizar un análisis exhaustivo previo al planteamiento de la ruta de intervención.
- Realizar intervención prequirúrgica
- Iniciar con objetivos sordos primeramente, y después con los sonoros
- Entrenar la capacidad de discriminar auditiva y visualmente las producciones correctas de las incorrectas
- Se recomienda en primera instancia enfocarse en el sonido de forma aislada (para los continuos) o en sílabas CV (para los oclusivos) antes de avanzar a tareas más complejas.
- Emplear señales táctiles y/o cinestésicas en la cara del niño para dirigir los movimientos orales requeridos para la producción del habla.
- Intervenir desde el control básico (como el control mandibular) hasta habilidades más avanzadas (como la prosodia).
- Planear sesiones que incluyan práctica masiva inicial, seguida de actividades más naturales y comunicativas, adecuando las intervenciones a los requerimientos individuales del niño o niña.
- Optar por fonemas y estímulos en diferentes niveles (sílabas, palabras y frases) según las prioridades y habilidades motoras específicas de cada niño.
- Establecer objetivos que avancen desde sonidos aislados hasta su integración en palabras y frases en un contexto funcional.

Se recomienda tener en cuenta las dos fases del enfoque Metaphon, en las cuales, la primera fase recomienda aumentar la competencia perceptual del niño, enseñándole a diferenciar entre grupos de sonidos, adicionalmente en esta fase se pueden incluir tareas de

escucha donde el profesional de la salud produzca un sonido objetivo y el paciente debe indicar a qué categoría pertenece. En la segunda fase se recomienda centrarse en la producción del habla, en la cual se apliquen las diferencias aprendidas en la primera fase. (Kotlareka y Kruegera, 2022).

#### 8.2.6.3 Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación.

En las siguientes tablas se presenta el consolidado de recomendaciones de alimentación; las cuales están organizadas de acuerdo a la clasificación de la fisura y al periodo o edad del niño o niña con LPF.

**Tabla 19.**

***Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación en fisura labial (FL).***

| **Fisura Labial** | |
|---|---|
| **Periodo o edad** | **Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación** |
| 0-6 meses | - Realizar entrevista inicial con los padres. Brindar explicación de la patología enfocado en las dificultades que pueden presentar en el momento de la alimentación (Alighieri et al., 2020).<br><br>- Dar orientación profesional durante el período pre y posnatal (Nayara Tomazi Batista et al., 2024).<br><br>- Se sugiere fomentar la lactancia materna a todas las madres de RN y lactantes con fisura palatina aislada. (Ministerio de Salud de Chile, 2015) (Wiechers, C., et al., 2021).<br><br>- Se propone la utilización de cinta adhesiva como “Steri-Strips” o “half-inch paper |

| | |
|---|---|
| | tape” en bebés con fisura labial. El uso de estas cintas facilita la contracción de los músculos orbiculares de los labios y a realizar una succión del pezón durante el momento de alimentación. (Kaye et al., 2020).<br><br>- En la alimentación por pecho materno se sugiere que el niño se coloque en una posición semisentado o a horcajadas sobre la pierna de la madre. Es imprescindible que ésta se encuentre cómoda, ya que deberá alimentar a su hijo cada 2 o 2,5 hrs. (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br><br>- En caso de no lograr lactancia materna directa, se recomienda utilizar mamadera con leche materna extraída. (Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br><br>- Si el niño presenta una fisura labial bilateral, la posición cara a cara es la más recomendable. Además, la madre puede emplear su dedo para presionar suavemente las mejillas del bebé, con el fin de reducir el ancho de la hendidura y facilitar un mejor cierre alrededor del pezón. (Albarracín, M., et al., 2022).<br><br>-Brindar apoyo en el proceso de alimentación (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br><br>- Orientar y supervisar las técnicas de alimentación de manera coordinada con enfermera y/o doula. (Ministerio de Salud de Chile, 2009). |
| **6 meses- 12 meses** | - Realizar evaluación miofuncional orofacial, la cual consistirá en examinar las estructuras del complejo craneofacial del niño/a, así como inspeccionar las estructuras de la cavidad oral. (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021).<br><br>- Realizar evaluación del proceso de alimentación y deglución, con el objetivo de determinar la capacidad del niño para alimentarse de forma segura, garantizando al mismo tiempo una adecuada nutrición. (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021). |

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 20.**

***Recomendaciones en alimentación para Fisura Palatina (FP).***

| Fisura Palatina | |
|---|---|
| **Periodo** | **Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación** |
| **0-6 meses** | -Entrevista inicial con los padres. En la cual se pueda realizar una explicación de la patología con énfasis en las dificultades que pueden surgir durante la alimentación (Alighieri et al., 2020).<br><br>- Brindar orientación profesional en el período pre y posnatal (Nayara Tomazi Batista et al., 2024).<br><br>-Se sugiere fomentar la lactancia materna en todas las madres de recién nacidos y lactantes con fisura palatina aislada. (Ministerio de Salud de Chile, 2015) (Wiechers, C., et al., 2021).<br><br>-Para la alimentación del niño y la niña, se sugiere utilizar la posición más cómoda para el binomio madre-hijo.(Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br><br>-En recién nacidos con fisura de paladar aislada, en caso de no lograr lactancia materna directa, se sugiere utilizar mamaderas exprimibles (blandas) con leche materna extraída.(Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br><br>-Se sugiere que el niño/a se mantenga en una posición mayormente vertical durante la alimentación. Evitar la posición clásica de cuna puede reducir la entrada de líquido en la cavidad nasal y ayudar a prevenir el reflujo nasal. (Kaye, A., Huff, H., Fetter, B., & Thaete, K. (2020).<br><br>-Se recomienda orientar la punta de la tetina hacia la zona más intacta del paladar o hacia la lengua, con el objetivo de facilitar el flujo de leche hacia la orofaringe (Kaye, |

| | |
|---|---|
| | A., Huff, H., Fetter, B., & Thaete, K. (2020).<br><br>- Se sugiere colocar el pecho de la madre sobre una parte del paladar que esté íntegro, promoviendo una mejor presión negativa durante la extracción de leche, evitando que el pezón se desplace hacia la fisura. Para los casos en que la fisura es muy amplia, algunos expertos recomiendan empujar el pezón hacia abajo para prevenir su movimiento hacia la fisura. Además, la madre puede estabilizar la mandíbula del bebe sujetando el mentón mientras este succiona. Otras alternativas incluyen extraer manualmente la leche directamente en la boca del niño/a, con el fin de estimular el reflejo de eyección, así como el uso de tetinas prefabricadas que permitan una succión eficiente, Adicionalmente, Rosado et al., (2019) como se citó en Albarracín et al., (2022), destaca los beneficios de utilizar una placa de resina acrílica en ortodoncia, haciendo énfasis en la prevención de infecciones y el riesgo de atragantamiento.<br><br>-Brindar apoyo en el proceso de alimentación (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br><br>- Orientar y supervisar técnicas de alimentación de manera coordinada con enfermera y/o doula.(Ministerio de Salud de Chile, 2009). |
| **6 meses- 12 meses** | - Se recomienda realizar evaluación miofuncional orofacial, evaluando las estructuras del complejo cráneo facial del niño o niña y las estructuras de la cavidad oral (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021).<br><br>- Evaluación del proceso de alimentación y deglución, la cual se enfocará en definir si el niño o niña puede alimentarse de forma segura, procurando mantener una adecuada nutrición (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021). |

*Nota.* Elaboración propia.

**Tabla 21.**

***Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación para Fisura Labio Palatina (FLP).***

| **Fisura Labio Palatina** | |
|---|---|
| **Periodo** | **Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en Alimentación** |
| **0-6 meses** | -Entrevista inicial con los padres. (Ministerio de Salud de Chile, 2009) Explicación de la patología enfocado en las dificultades que pueden presentar en el momento de alimentación (Alighieri et al., 2020).<br><br>- Orientación profesional durante el período pre y posnatal (Batista et al., 2024).<br><br>- Se recomienda dar a todas las madres de niños y niñas con fisura labiopalatina, consejería en lactancia materna lo más temprana posible. (Ministerio de Salud de Chile, 2015) (Wiechers et al., 2021).<br><br>- Los niños con fisura palatina tienen mayor dificultad para la deglución, por lo tanto, debe supervisarse la técnica de alimentación y el incremento ponderal hasta la cirugía. (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br><br>-Se recomienda promover la lactancia materna a todas las madres de RN y lactantes con fisura palatina aislada. (Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br><br>- Para la alimentación del niño y la niña, se sugiere utilizar la posición más cómoda para el binomio madre-hijo.(Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br><br>- Se recomienda promover una alimentación adecuada, vigilar el riesgo de infecciones de las vías respiratorias altas, así como supervisar la técnica de alimentación e incremento ponderal hasta la cirugía. (Ministerio de Salud de Chile, 2009). |

- Es recomendable en la alimentación por pecho materno, que el niño se coloque en una posición semisentado o a horcajadas sobre la pierna de la madre. Es de vital importancia que ésta se encuentre cómoda, ya que deberá alimentar a su hijo cada 2 o 2,5 hrs. (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

- Los recién nacidos con fisura labiopalatina bilateral requieren mayor apoyo para lograr la lactancia. Si ésta no ocurre dentro de las primeras 24 horas, se sugiere utilizar mamadera exprimible. (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

- En caso de no lograr lactancia materna directa, se sugiere utilizar mamadera exprimible (blandas) con leche materna extraída (Ministerio de Salud de Chile, 2015).

- Se propone la utilización de cinta adhesiva como “Steri-Strips” o “half-inch paper tape” en bebés con fisura labial. El uso de estas cintas facilita la contracción de los músculos orbiculares de los labios y a realizar una succión del pezón durante el momento de alimentación. (Kaye et al., 2020).

- Muchos biberones tienen un sistema que permite regular la velocidad a la que sale la leche. Al apretar ligeramente el tetero, el cuidador puede ayudar al bebé a obtener la cantidad de leche adecuada. Sin embargo, es fundamental hacerlo con cuidado para prevenir que el bebé se atragante. La presión sobre la tetina debe liberarse cada vez que el bebé interrumpe la succión para respirar. (Kaye et al. 2020).

- Se sugiere colocar el pecho de la madre sobre una parte del paladar que esté íntegro, promoviendo una mejor presión negativa durante la extracción de leche, evitando que el pezón se desplace hacia la fisura. Para los casos en que la fisura es muy amplia, algunos expertos recomiendan empujar el pezón hacia abajo para prevenir su movimiento hacia la fisura. Además, la madre puede estabilizar la

| | |
|---|---|
| | mandíbula del bebe sujetando el mentón mientras este succiona. (Albarracín et al. 2022). |
| | -Brindar apoyo en el proceso de alimentación (Ministerio de Salud de Chile, 2009). |
| | - Orientar y supervisar técnicas de alimentación de manera coordinada con enfermera y/o doula.(Ministerio de Salud de Chile, 2009). |
| **6 meses-12 meses** | - Se recomienda realizar evaluación miofuncional orofacial, evaluando las estructuras del complejo cráneo facial del niño o niña y las estructuras de la cavidad oral (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021). |
| | - Evaluación del proceso de alimentación y deglución, la cual se enfocará en definir si el niño o niña puede alimentarse de forma segura, manteniendo una buena nutrición (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021). |

*Nota.* Elaboración propia.

### 8.2.6.4 Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en articulación.

En las siguientes tablas se presenta el consolidado de recomendaciones de articulación; las cuales están organizadas de acuerdo al periodo o edad del niño o niña con LPF.

**Tabla 22.**

***Recomendación para tratamiento fonoaudiológico en articulación para Fisura Labial (FL), palatina (FP) y labio-palatina (FLP).***

| **Fisura Labial, palatina y labio-palatina** | |
|---|---|
| **Periodo** | **Recomendaciones en articulación para fisura labial, palatina y labio-palatina** |
| 0-6 meses | -Se sugiere realizar una entrevista inicial con los padres y brindar una explicación clara sobre la patología. (Alighieri, et al., 2020).<br>-Iniciar programa de estimulación temprana del lenguaje y habla (Ministerio de Salud de Chile, 2009) a través de talleres de balbuceo para padres (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021).<br><br>- En niños y niñas con fisura de paladar, se recomienda el inicio precoz del tratamiento fonoaudiológico. (Ministerio de Salud de Chile, 2015) (Sand, A., Hagberg, E., & Lohmander, 2022).<br><br>-Evaluación de habilidades prearticulatorias trimestralmente (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br><br>-Se recomienda que la evaluación de órganos fonoarticulatorios, articulación e IVF realizada por fonoaudiólogo, se realice de manera previa a la evaluación instrumental (NFC/VFC). (Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br><br>-Estimulación temprana del lenguaje y habla (Ministerio de Salud de Chile, 2009). |
| 6-12 meses | -Evaluación de habilidades prearticulatorias trimestralmente (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br><br>-Se recomienda que la evaluación de órganos fonoarticulatorios, articulación e IVF |

| | |
|---|---|
| | realizada por fonoaudiólogo, se realice de manera previa a la evaluación instrumental (NFC/VFC). (Ministerio de Salud de Chile, 2015). |
| 12-24 meses | -Evaluar y estimular la producción/articulación de fonemas bilabiales<br>- Se aconseja que los cuidadores fomenten el desarrollo de consonantes de baja frecuencia, como las velares y bilabiales. (Espitia Rojas, G. V., y Rodríguez Arias, K. L., 2021). |
| 2 años- 4 años | -Evaluación de habilidades prearticulatorias trimestralmente (Ministerio de Salud de Chile, 2009).<br>-Realizar una evaluación del habla anualmente, considerando la producción de sonidos del habla, reconociendo las dificultades articulatorias existentes, así como de la resonancia y el flujo de aire nasal. (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021).<br>-Se recomienda hacer la evaluación audioperceptiva a partir de los 2 años, dependiendo de las características y colaboración de los pacientes. (Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br>-Evaluar y estimular articulación labiodentales y/o la ejecución de praxias bucolinguofaciales (Ministerio de Salud de Chile, 2015).<br>- Realizar ejercicios de soplo para aumentar la conciencia del flujo de aire oral. (Espitia Rojas, G. V., y Rodríguez Arias, K. L., 2021).<br>- Realizar praxias bucofonatorias. (Tenelanda et al., 2022). |
| 4 años a 10 años | -Evaluación del habla periódicamente, considerando la producción de los sonidos del habla, identificando los problemas articulatorios presentes, también la resonancia y el flujo de aire nasal (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021). |

-Realizar actividades de práctica para lograr la dirección adecuada de la respiración, la coordinación del cierre velofaríngeo con otros articuladores, el tratamiento de errores de articulación compensatorios y la mejora del equilibrio de resonancia. Se sugieren estrategias como soplar, silbar, juegos de succión, instrumentos de viento y bostezar en las cuatro áreas objetivo. (Tenelanda et al., 2022)

- Se recomienda usar técnicas de modelado para obtener una adecuada colocación de órganos fonoarticuladores. También se pueden emplear ejercicios de pares mínimos y retroalimentación visual (en espejo). (Kotlarek, K., Krueger, B., 2022).

- El campamento de verano de habla es un método válido y eficiente para proporcionar terapia del habla en niños con paladar y labio fisurado con trastorno de articulación compensatoria. (Espitia,G., Rodriguez, K., 2021).

*Nota.* Elaboración propia.

### 8.2.7 Declaración de conflictos de interés

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

## 8.3 Resultados Fase 3: consenso de expertos

Al finalizar la adaptación y actualización de la guía de práctica clínica, se envió vía correo electrónico a 6 expertos seleccionados (los cuales corresponden a: un cirujano plástico, un cirujano maxilofacial, dos fonoaudiólogas, una odontopediatra y un ortodoncista) para su lectura y evaluación de la misma; se incluyeron además el consentimiento informado y dos

formularios de Google Forms, donde se recogió información relacionada al abordaje interdisciplinario, coherencia, suficiencia, calidad y pertinencia de la propuesta presentada, la cual se realizó teniendo en cuenta el Instrumento AGREE II para la Evaluación de GPC, mediante la escala de Likert.

De los seis expertos seleccionados, tres brindaron respuesta a través de los formularios, junto al diligenciamiento del consentimiento informado, correspondiendo a las áreas de cirugía plástica, odontopediatría y fonoaudiología; a continuación, se presentan las respuestas, calificación y recomendaciones para la adaptación de la guía.

Acerca del formulario "*Momento 1: Conocer el abordaje interdisciplinario*" se recogieron las respuestas relacionadas con la ruta de interconsulta, en la cual los expertos refieren que principalmente se da mediante remisiones de diferentes profesionales del área de la salud, como pediatría, medicina general o cirugía plástica y en los casos cuando el diagnóstico es In Utero el paciente llega por interconsulta por ginecología; en cuanto a la identificación de necesidad de otras áreas del equipo multidisciplinar, mencionan que se da a partir de la revisión de historia clínica y/o a través de la comunicación directa con el equipo médico tratante; la selección de pasos "fijos"/"inamovibles" que se deben seguir en la ruta de atención con el paciente, manifestados como valoración por parte de pediatría, odontopediatría, terapia del lenguaje y cirugía; sin embargo uno de las expertos menciona que dichos pasos no están claramente establecidos.

Con respecto al protocolo/guía de evaluación/intervención que maneja cada profesional en su área uno de los expertos menciona que no hay un protocolo escrito, sin embargo inician con la atención desde el nacimiento con la instauración del tratamiento de Ortopedia Prequirúrgica mediante el uso de placas ortopédicas y de conformadores nasales, que

requieren controles periódicos hasta el momento de la primera cirugía (rinoqueilorrafia), mientras que otro experto expresa que se basa en el protocolo de evaluación institucionalizado por la clínica, otro experto menciona que la guía de evaluación se basa según a la clasificación de fisuras que se utilice.

En cuanto a la edad que consideraban como ideal para el inicio de la atención con esta población, los expertos coincidieron en que debe empezar desde el nacimiento; por otro lado, las expectativas que tienen acerca del abordaje fonoaudiológico en el área de alimentación son: el experto 02 menciona que es importante en la alimentación y en la estimulación de todo la musculatura peribucal, el experto 04 expresó que sus expectativas en alimentación se direccionaba a definir vía de alimentación según el caso y la etapa, y el restablecimiento de la vía oral, y el experto 06 espera que el bebé desarrolle habilidades para su alimentación -idealmente con la lactancia materna-, capacitar a la mamá en cuanto a la posición y técnica adecuada para la misma, y la enseñanza de ejercicios de terapia miofuncional que favorezcan el desarrollo muscular del bebé, la posición lingual y la competencia labial y el desarrollo del habla, además de ejercicios para el desarrollo del lenguaje y la ejecución de pruebas necesarias para la detección de alteraciones en la audición.

En relación con las expectativas que tienen acerca del abordaje fonoaudiológico en el área de articulación, indican la prevención de alteraciones en el habla y así mismo la intervención oportuna; los expertos coinciden en la prevención y/o manejo de la hipernasalización de la voz e inteligibilidad del habla. Finalmente, en cuanto a la experiencia en el abordaje con esta población y las enseñanzas que trascienden de la bibliografía, uno de los expertos menciona la importancia de la comunicación entre especialistas y asegurar una comunicación clara con los padres, así como permitirles expresar dudas e inquietudes, se resalta la importancia del abordaje desde el nacimiento, el trabajo interdisciplinario, el trabajo

con las familias y la comunidad, además, que el manejo integral de esta patología es compleja.

**Tabla 23.**

***Tabla de calificación por parte de expertos: Coherencia, suficiencia, calidad y pertinencia de la propuesta presentada.***

| Item | Experto 02 | Experto 04 | Experto 06 |
|---|---|---|---|
| 1. Los objetivos de la guía están específicamente descritos | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 2. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 3. El grupo que desarrolla la guía incluye y/o adapta en la guía las observaciones brindadas por los profesionales expertos. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 4. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia para el planteamiento de la guía. | Algo de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 5. Al formular las recomendaciones han sido considerados tanto los beneficios en salud, como los riesgos y/o efectos secundarios. | Muy de acuerdo | Algo de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 6. Las recomendaciones son coherentes, específicas y sin ambigüedad. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 7. Es clara la ruta de atención para el manejo de pacientes con LPF. | Muy de acuerdo | Ni deacuerdo, ni en desacuerdo | Muy de acuerdo |
| 8. La guía toma en cuenta facilitadores y barreras para su aplicación. | Muy de acuerdo | Algo de acuerdo | Algo de acuerdo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. La guía cumple con un alto nivel de calidad para la aplicación con pacientes con LPF. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 10. La ruta propuesta está respaldada por evidencia científica sólida y actualizada. | Algo de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 11. La información presentada en la guía para la atención con la población de estudio es pertinente. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 12. Considera que las recomendaciones sobre alimentación son claras y precisas. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 13. Considera que las recomendaciones sobre articulación son claras y precisas | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |
| 14. La información propuesta en la guía cuenta con la posibilidad de ser actualizada/adaptada. | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo | Muy de acuerdo |

*Nota.* Datos tomados del Formulario de Google Forms: “Momento 2: Coherencia, suficiencia, calidad y pertinencia de la propuesta presentada”. Elaboración propia.

Sobre las respuestas de la calificación por parte de los expertos a la adaptación de la guía de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación para pacientes con LPF, se encontró que la calificación a los ítems 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 13 y 14 dos de los tres expertos estuvieron “muy de acuerdo”, en el ítem 4 correspondiente al proceso de búsqueda de la evidencia para el planteamiento de la guía el experto 02 respondió que estaba “algo de acuerdo” y los expertos 04 y 06 respondieron que estaban “muy de acuerdo”, en el ítem 5 correspondiente a las recomendaciones en base a los beneficios en salud, riesgos y efectos secundarios el experto 04 calificó “algo de acuerdo” y los expertos 02 y 06 calificaron “muy de acuerdo”, respecto al ítem 7 sobre la claridad de la ruta de atención para el manejo de

pacientes con LPF el experto 04 calificó como “ni de acuerdo, ni en desacuerdo” y los expertos 02 y 06 calificaron “muy de acuerdo”, y sobre el ítem 8 que califica acerca de las barreras y facilitadores para la aplicación de la guía los expertos 04 y 06 estuvieron “algo de acuerdo” y el experto 02 respondió estar “muy de acuerdo”, y sobre el ítem 10 correspondiente al respaldo de evidencia científica para la elaboración de la guía el experto 02 respondió estar “algo de acuerdo” y los expertos 04 y 06 respondieron estar “muy de acuerdo”. Con base en esto se puede concluir que la adaptación de la presente guía cuenta con una aprobación por parte de los expertos evidenciando resultados positivos para la investigación.

Adicionalmente, los expertos brindaron recomendaciones para la adaptación de la guía, el experto 02 del área de cirugía plástica sugiere tener en cuenta la facilidad de acceso a la guía. El experto 04 del área de odontopediatría sugiere tener en cuenta el uso del chupo ortopédico/ortodóncico teniendo en cuenta que este permite un mejor selle labial y se asemeja al pezón y también, debido a las características sociales y geográficas de los pacientes atendidos en estos hospitales, se sugiere tener en cuenta la atención fonoaudiológica asistida por tecnologías para disminuir los desplazamientos, e incentivar los planes caseros para darle continuidad a las terapias y obtener mejores resultados. El experto 06 sugiere aplicar el uso de la Clasificación Intencionalidad del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

# 9. DISCUSIÓN

El empleo de GPC contribuye al mejoramiento de los resultados en salud, a reducir la variabilidad en la atención y promover la eliminación de tratamientos ineficaces o anticuados, evitando al mismo tiempo gastos innecesarios. Las GPC proporcionan recomendaciones basadas en evidencia científica, con el fin de respaldar el trabajo profesional y asegurar que tanto el paciente como su familia se beneficien de decisiones apropiadas, optimizando así la atención en circunstancias específicas (Jaramillo, 2014).

Según Guerrero-Abello et al. (2016), aún persisten retos importantes en la atención en salud de nuestro país para pacientes con LPF, esto por la falta de un protocolo unificado y accesible para la intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación, por lo cual se considera importante establecer una ruta y/o protocolo de intervención fonoaudiológica en estas áreas para pacientes con LPF, fundamentado en la evidencia científica debido a la diversidad de enfoques terapéuticos utilizados en esta población y a la ausencia de criterios unificados basados en la evidencia.

Para el desarrollo de la GPC se hizo necesario realizar una revisión bibliográfica sobre las guías clínicas propuestas en diferentes países, encontrando una limitación debido a la escasa publicación sobre investigaciones recientes referente al quehacer fonoaudiológico en alimentación y articulación en esta población, además, resalta la necesidad de promover nuevos estudios que aborden las individualidades y desafíos de la intervención fonoaudiológica con esta población específica.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2010), la elaboración de GPC orientan el análisis de la literatura científica, permitiendo aportar recomendaciones sólidas con mayor

evidencia, de manera que se garantice que la población objetivo sea intervenida con las estrategias que minimicen riesgos y tengan mayor éxito.

La adaptación de esta guía se llevó a cabo siguiendo una metodología que incluyó el uso de la herramienta AGREE II, siendo esta un estándar internacional reconocido para la evaluación de GPC, lo cual permite determinar la confiabilidad, rigor metodológico y aplicabilidad de estas guías en el ámbito de la salud. Su uso fué fundamental para garantizar la calidad metodológica del proceso de adaptación, fortalecer la validez científica de las recomendaciones finales y promover la aplicabilidad y utilidad de la guía en el contexto específico de la fonoaudiología en pacientes con LPF.

La selección de la Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina, (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015) y de la Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2009) para la adaptación de la presente investigación se fundamenta en diversos aspectos que las posicionan por encima de las otras guías encontradas. Se destaca que ambas guías incorporan avances en investigación, lo que garantiza pertinencia y utilidad en las recomendaciones de tratamiento. Además, se destacan por su enfoque integral y multidisciplinario, en el que especifican que los equipos de atención deben estar conformados por especialistas capacitados y con experiencia en el manejo de esta población, asegurando que se consideren todas las dimensiones del cuidado del paciente. Estas guías son replicables, tienen objetivos y población de alcance claros, y están respaldadas por evidencia científica sólida, obtenida mediante una búsqueda confiable en al menos dos bases de datos de evidencia primaria.

En comparación, las otras guías evaluadas, aunque valiosas, no presentan el mismo nivel de actualización ni la misma amplitud interdisciplinaria, lo que limita su aplicabilidad en un contexto de intervención integral y contemporánea. Para el caso de la Guía de Manejo de

Pacientes con Labio y/o Paladar Hendido (HOMI, 2009), el alcance no se describe de forma clara y no se identifica al grupo desarrollador, adicionalmente no proporciona recomendaciones específicas para cada área de intervención; en la Guía de las Fisuras Labiopalatinas. Una Patología Crónica (Gonzalez, G. y Prado, M., 2011) encontramos que los objetivos planteados están puestos en resultados que se esperan en la población intervenida, no en el quehacer del equipo interdisciplinar que interviene en la población, seguido de esto, los alcances no se evidencian descritos de forma explícita; y, finalmente al revisar la Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate (ASHA, 2019), manifiesta ser una compilación de revisiones sistemáticas donde no se establecen claramente los alcances y objetivos que requiere el prestador.

En la presente guía se tuvieron en cuenta recomendaciones basadas en la evidencia de la revisión de literatura, que abarcan las áreas de alimentación y articulación. En el área de alimentación se incluyen los periodos de 0 a 12 meses de edad y, las recomendaciones están enfocadas en promoción de la lactancia materna, diferentes posiciones durante la lactancia, uso de aditamentos, seguimiento y supervisión al proceso y técnicas de alimentación y vigilancia de posibles infecciones de vías respiratorias altas. Adicionalmente, y a partir de la revisión de artículos, se incorporan otras recomendaciones como: la orientación profesional a cuidadores durante el periodo pre y post natal, evaluación periódica del proceso de alimentación y de las estructuras del complejo craneofacial y la propuesta de uso de otros aditamentos y técnicas para la alimentación; lo anterior se establece con la finalidad de promover una adecuada succión-deglución, favorecer la ganancia de peso y disminuir el estrés durante el periodo de alimentación de cuidadores y pacientes con LPF.

En el área de articulación, se consideró el periodo de 0 a 10 años de edad, en la cual las recomendaciones están dirigidas desde un enfoque fonológico, considerando la integralidad

del mismo. Este enfoque facilita la corrección de varios errores al mismo tiempo y se enfoca en las reglas fonológicas que están en funcionamiento dinámico dentro del sistema lingüístico del niño, además de utilizar actividades en contextos de lenguaje significativo, con el fin de alcanzar un nivel de desarrollo cognitivo-lingüístico mayor en un menor tiempo de terapia.

Asimismo, las recomendaciones están enfocadas en brindar orientación a cuidadores, a la estimulación temprana, inicio precoz del tratamiento fonoaudiológico, evaluación periódica de órganos fonoarticulatorios, de habilidades prearticulatorias y articulatorias y entrenamiento de la capacidad de discriminación auditiva, adicionalmente, se incluyen actividades de intervención en respiración, coordinación de cierre velofaríngeo y de resonancia; estas recomendaciones tienen como objetivo prevenir y tratar alteraciones del habla, los malos hábitos orales, eliminar errores compensatorios y lograr que los pacientes con LPF tengan un habla inteligible.

Además, los expertos seleccionados estuvieron de acuerdo con las recomendaciones propuestas en la guía; en su evaluación manifestaron pertinencia, un planteamiento de objetivos y población clara, el adecuado uso de métodos de búsqueda bibliográfica, la consideración de beneficios, riesgos, barreras y/o facilitadores, la ausencia de ambigüedad e incoherencia, el respaldo de evidencia científica sólida y actualizada, la posibilidad de adaptar la información y la presencia de un alto nivel de calidad para aplicación de la guía con pacientes con LPF. Sus opiniones y comentarios aportaron significativamente al proceso final de adaptación.

Esta investigación permitió establecer lineamientos sobre el abordaje temprano de estos pacientes, lo cual favorece los resultados en esta población buscando garantizar una atención integral que mejore la calidad de vida de los paciente con LPF y sus familias, además, contribuye al avance del conocimiento en el campo fomentando la continua investigación y brinda a los profesionales en fonoaudiología una ruta para orientar un abordaje integral en las

áreas de articulación y alimentación en pacientes con LPF ofreciendo recomendaciones basadas en evidencias que ayuden a estos profesionales en la toma de decisiones clínicas.

# 10. CONCLUSIONES

Las fisuras de labio y/o paladar constituyen la malformación congénita más frecuente de la región facial y su etiología es multifactorial influida por factores genéticos y ambientales (Pusapaz et al., 2022). El impacto de esta condición en la calidad de vida de los pacientes y sus familias requiere un abordaje integral y basado en evidencia científica. En este contexto, la creación de una guía de intervención fonoaudiológica centrada en los aspectos de alimentación y articulación responde a la necesidad de establecer protocolos unificados que favorezcan la atención eficiente y oportuna.

A nivel nacional, la falta de protocolos específicos subraya la relevancia de esta propuesta. Este trabajo integra literatura actualizada y prácticas clínicas basadas en la evidencia, proporcionando una herramienta práctica para mejorar los resultados de atención de esta población. Adicionalmente, esta investigación aporta una revisión bibliográfica de las guías existentes a nivel nacional e internacional, identificando fortalezas y áreas de mejora en las rutas de intervención, aportando al progreso del conocimiento en el tratamiento de las fisuras de labio y/o paladar desde la fonoaudiología y al refuerzo de la colaboración con otros profesionales de la salud para un manejo integral.

Durante la investigación se encontraron una serie de limitaciones, en primer lugar, escasez de guías específicas en el ámbito de la fonoaudiología, ya que muchas de las disponibles solo abordan ciertos aspectos del tratamiento, sin una visión integral. Así mismo, la falta de unificación en los enfoques terapéuticos dificultó tener una perspectiva global acerca del abordaje de esta población. Otro desafío fue la limitada respuesta de los expertos seleccionados, de los cuales solo tres de seis respondieron los cuestionarios enviados y

remitieron sus recomendaciones, lo que redujo la diversidad de perspectivas en la investigación. Además, se evidenció que muchas de las guías existentes no han sido actualizadas, lo que podría afectar la incorporación de enfoques más recientes y efectivos. Por último, la búsqueda bibliográfica se vio restringida por la presencia de literatura gris y estudios no disponibles de forma libre, lo que limitó el acceso a información relevante y actualizada para la construcción de la guía.

Finalmente, este proyecto destaca la importancia de las GPC como herramienta fundamental en la atención a pacientes con LPF. La evidencia destaca su papel en la mejora de la calidad de vida, orientación a los profesionales en fonoaudiología para un abordaje integral en las áreas de alimentación y articulación basadas en la evidencia, la reducción de la variabilidad en la atención y la promoción de la toma de decisiones informadas y apropiadas en pro del paciente y su familia.

# 11. RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar con la investigación y actualización de la intervención fonoaudiológica abordando los retos y/o desafíos específicos de las áreas de alimentación y articulación de los pacientes con LPF, teniendo en cuenta que el abordaje debe realizarse de forma integral y temprana para pacientes con LPF desde edades iniciales, abordando áreas críticas que permitan mejorar significativamente los resultados terapéuticos y la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Se resalta la necesidad de fomentar investigaciones que analicen los resultados clínicos de los protocolos y guías implementados, para identificar su efectividad y ajustar estrategias que maximicen el bienestar de los pacientes. Asimismo, se recomienda realizar evaluaciones periódicas de las GPC en uso, adaptándolas según los avances en la investigación científica y las necesidades específicas de la población.

Se sugiere seguir trabajando en la unificación de protocolos de intervención en fonoaudiología, teniendo en cuenta sus áreas de intervención en el manejo de pacientes con LPF, como las áreas de voz, audición e insuficiencia velofaríngea. Además, es importante promover la formación continua de los equipos multidisciplinarios involucrados en el manejo de las fisuras labiopalatinas y en el desarrollo de guías y protocolos integrales para la atención de esta población.

Finalmente, se recomienda incluir mecanismos de evaluación para medir la efectividad de la intervención y realizar ajustes cuando sea necesario.

# 12. REFERENCIAS

Albarracin Pintado M., Buele Yunga, D., Sanchez Pino, K., Serrano Serrano, M. (2022) Lactancia materna en niños con labio y paladar fisurado.

Alighier Cassandra,Wim Peersman b , Kim Bettens a ,Vienna Van Herreweghe a , Kristiane Van Lierde a c (2020) Parental perceptions and expectations concerning speech therapy-related cleft care - a qualitative study.

Alighier Cassandra,Wim Peersman b , Kim Bettens a ,Vienna Van Herreweghe a , Kristiane Van Lierde a c (2020) Effectiveness of Speech Intervention inPatients With a Cleft Palate: Comparison of Motor-Phonetic Versus Linguistic- Phonological Speech Approaches.

Alighier Cassandra,Wim Peersman b , Kim Bettens a ,Vienna Van Herreweghe a , Kristiane Van Lierde a c (2024) How acceptable is the use of linguistic-phonological intervention in children with cleft palate? A qualitative study in speech therapists.

Alighieri, C., Bettens, K., Bruneel, L., D'haeseleer, E., Van Gaever, E., & Van Lierde, K. (2020). Effectiveness of speech intervention in patients with a cleft palate: Comparison of motor-phonetic versus linguistic-phonological speech approaches. Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR, 63(12), 3909–3933. https://doi.org/10.1044/2020_jslhr-20-00129

American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2019). Clinical Practice Guideline on Treatment of Patients with Clefts of the Lip and Palate. American Speech-Language-Hearing Association. https://ern-cranio.eu/media/3196/clinical-practice-guideline-clefts-of-the-lip-and-palate-english-translation.pdf

Cabello, E. (2021). Alimentación en los niños con fisura labiopalatina. Estudio de 31 casos.

Campos Charris, F. M., Díaz Galindo, M. J., Gil Lizcano, F. G., Mendoza Castro, M., & González-Bernal, M. A. (2019). Evaluación de guías de manejo para pacientes con labio y/o paladar hendido. Revista Cubana de Estomatología, 56(3), 1-14.

Carvalho, N. O., Matos, M. F. S., Belchior, I. F. C., Araújo, M. B., Rocha, C. T., & Neves, B. G. (2021). Experiencias emocionales y sociales de los padres al cuidar a un niño con labio hendido y/o paladar hendido. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, 21*, e0168. https://doi.org/10.1590/pboci.2021.058

Castellanos-Ojeda, L. J., & Ortiz-Camacho, A. N. (2021). Intervención Fonoaudiológica en la Articulación del Habla en Niños con labio Paladar Hendido Entre las Edades de 8 a 12 años de la Fundación Drawing Alegría, a Través de la Tele-Rehabilitación.

Carvajal, C., Calderon, K., Hurtado, K., Cisneros, C. & Cabrera, C. (2022). Exito de la ortopedia prequirúrgica en pacientes con labio fisurado y paladar hendido - revisión de alcance. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. Vol 12. No. 1. DOI:https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.305

Cisneros, G., Castellanos, B., Romero, L., & Cisneros, C. (2013). Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con malformaciones labiopalatinas. MEDISAN, 17(7), 1039-1046. Recuperado en 02 de octubre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700002&lng=es&tlng=es

Congreso de Colombia. (1997). *Ley 376 de 1997 (julio 4), por la cual se reglamenta la profesión de fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia*. Diario Oficial No. 43.079, 9 de julio de 1997. https://www.funcionpublica.gov.co

Consorcio AGREE. (2009). INSTRUMENTO AGREE II. INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Spanish.pdf

Constantino-Casas, P., Viniegra-Osorio, A., Medécigo-Micete, C., Torres-Arreola, L. del P., & Valenzuela-Flores, A. (2009). El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *47*(1), 108–103. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745512023

Contreras-Acevedo, F., Medina-Solís C, Martínez-Mendoza, S., Pontigo-Loyola, A., Estrada-Meráz, H., Escoffié-Ramírez, M. (2012). Incidencia de labio y paladar hendido en el Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" del estado de Oaxaca de 2008 a 2010. *Cirugía y Cirujanos, 80(4), 339-344.*

Cruz Córdova, N. (2019). Cuidados de enfermería en el inicio de la alimentación en neonatos con labio leporino y/o paladar hendido que nacen en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II Piura. 2018.

De Ladeira, P. R., & Alonso, N. (2012). Protocols in cleft lip and palate treatment: systematic review. *Plastic surgery international*, *2012*, 562892. https://doi.org/10.1155/2012/562892

Espitia Rojas, Gleidy Vannesa ; Rodríguez Arias, Karen Lizeth (2021) Evaluación e intervención fonoaudiológica en niños con labio fisurado Revisión Narrativa.

Evidence-Based Medicine Working Group. (1992) Evidence-Base Medicine: A New Approach to Teaching the Practice. JAMA, Noviembre 4, 199 - Vol 268. No. 17.

Fundación HOMI (2009) GUIA DE MANEJO DE PACIENTES CON LABIO Y/O PALADAR HENDIDO. http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/7.%20Guia%20de%20manejo%20de%20pacientes%20con%20labio%20y_o%20paladar%20hendido.pdf

Goodman, K. y Chall, J. (1993) El lenguaje integral vs. los modelos de enseñanza directa. Lectura y vida. Vol. 14 No. 4 (1993),pp. 11-22.

González, G. y Prado, M. (2011). Guía de las fisuras labiopalatinas. Una patología crónica. ASPANIF, País Vasco.

Guerrero-Abello, P., Ariza-Araujo, Y., Caycedo-García, D. J., y Pachajoa, H. (2016). Necesidad de guías clínicas para el manejo integral de pacientes con labio paladar hendido. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, *18*(1), 82–94. https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.41884

Hernandez, R., Collado, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6a edición).

Herreras Mercado, R., Simpson, K., y Bellom-Rohrbacher, K. H. (2019). Effect of Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT) on compensatory articulation in children with cleft palate/lip. *Global Pediatric Health,* *6*(1), 1–12. https://doi.org/10.1177/2333794X19851417

Ito, T., & Gomi, H. (2007). Cutaneous mechanoreceptors contribute to the generation of a cortical reflex in speech. Neuroreport, 18(9), 907–910. https://doi.org/10.1097/WNR.0b013e32810f2dfb

Jaramillo Jaramillo, M. (2014). La importancia de las guías de práctica médica. *Acta médica colombiana: AMC: órgano de la Asociación Colombiana de Medicina Interna*, *39*(1), 11. https://doi.org/10.36104/amc.2014.430

Kaye, A., Huff, H., Fetter, B., y Thaete, K. (2020). Cleft lip and palate newborn care and feeding: A primer for bedside nursing providers. *International Journal of Nursing and Health Care Research*, *3*(07).

Kotlareka, K. & Kruegera, B. (2022). Treatment of Speech Sound Errors in Cleft Palate: A Tutorial for Speech-Language Pathology Assistants. Language, Speech, and Hearing Services in School. Vol. 54, 171–188.

Leiva, N., Stange, C., Ayala, F., Fuentes, V. (2018) Clasificación anatómica: una propuesta para categorizar las fisuras labiopalatinas. Odontología Sanmarquina. Vol. 22, Núm. 3. DOI: https://doi.org/10.15381/os.v22i3.16717

Lozada Agredo, A. F., Marroquín Rincón, A. P., & Duque Borrero, A. M. (2014). Characterization of Cleft Lip/Palate Patients seen at Universidad del Valle Hospital between 2002 and 2011. Universitas odontológica: revista científica de la Facultad de Odontología, 33(70). https://doi.org/10.11144/javeriana.uo33-70.cpfl

Lu, Changhua, Arriagada G, Claudia, Pruzzo Ch, Edda, Gallo J, Cecilia, y Bley P, Verónica. (2012). Insuficiencia velofaríngea en cirugía adenoamigdalina. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, *72*(2), 139-144. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162012000200006

Manchimba, L. (2020). La terapia miofuncional en el tratamiento de los trastornos del habla en la fisura labiopalatina, Quito, julio – diciembre 2020. [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital Universidad Central del Ecuador. http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/22469

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Revista electrónica de investigación educativa, 20(1), 38-47. Recuperado en 11 de febrero de 2025, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es.

Mejía Garduño, G., Malagón Hidalgo, H. O., Díaz Arizmendi, L. J., & Cruz Cruz, E. (2022). Estudio epidemiológico de pacientes con labio y paladar fisurado en dos centros especializados. *Revista odontológica mexicana*, *24*(4). https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2020.24.4.81548

Ministerio de Salud de Chile. (2009). Guía clínica fisura labiopalatina / Clinical guide cleft lip palate.

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Guía Clínica Fisura Labiopalatina.

Ministerio de Salud y Protección Social, M. (2014). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV: Situación en salud Bucal, Para saber cómo estamos y saber qué hacemos /*. Buenos y creativos S.A.S.

Ministerio de Salud. (1993) Resolución Número 8430 del 4 de octubre de 1993. *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.

Ministerio de Salud [MinSalud]. (2017). Guía metodológica Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas. https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia_de_Adopcion_VF.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2010). Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/PrimeraGu%C3%ADaMetodol%C3%B3gicaparalaelaboraci%C3%B3ndeGu%C3%ADasdeAtenci%C3%B3nIntegral.aspx

Monasterio, L., Ford, A., y Tastets, M. (2016). FISURAS LABIO PALATINAS. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO. Revista Médica Clínica Las Condes. 27(1) 14-21].

Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., Yu, V. Y., Kadis, D. S., Kroll, R., Pang, E. W., & De Nil, L. F. (2013). Relationship between speech motor control and speech intelligibility in children with speech sound disorders. Journal of communication disorders, 46(3), 264–280. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.02.003

Nayara Tomazi Batista, Camila Trettene Antonio, Gesiane Cristina Bom, Francely Tineli Farinha, Lilia Maria Von Kostrisch, Alessandra Mazzo y Armando dos Santos Trettene (2024) Factores asociados a la adherencia a la lactancia materna en lactantes con fisura orofacial: Revisión de alcance.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). Salud bucodental. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#

Pachajoa, H., Ariza, Y., Isaza, C., y Méndez, F. (2011). Major birth defects in a third-level hospital in Cali, Colombia, 2004-2008. Revista de salud pública (Bogotá, Colombia), 13(1), 152–162. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642011000100013&lng=pt&nrm=iso

Pamplona, M. (2012). Propuesta de valoración y tratamiento en terapia de lenguaje para pacientes con paladar hendido.

Palmero Picazo, J., & Rodríguez Gallegos, M. F. (2019). Labio y paladar hendido. Conceptos actuales. Acta médica Grupo Ángeles, 17(4), 372–379.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032019000400372

Peris Hernández, C. (2012). Terapia miofuncional en los síndromes craneofaciales. Boletín de AELFA, 12(2), 54–60. https://doi.org/10.1016/s1137-8174(12)70062-6

Prieto-Gómez, Ruth, Carreño, Andrés, Contreras, Ammy, Garay, Marco, Labarca, Ignacio, Medina, Rodemil, Ottone, Nicolás E., y Deppe, Mariana. (2022). Fisura Labio Palatina. Revisión de la Literatura. International Journal of Morphology, 40(6), 1460-1465. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022022000601460

Pusapaz Pusapaz, D. E., Arturo Terranova, M. C., y Arturo Terranova, D. (2022). Genética de las fisuras labiopalatinas: una visión general de los factores de riesgo genéticos y ambientales. *Revista med*, *29*(2), 93–106. https://doi.org/10.18359/rmed.5706

Ramírez Soasti, I. M., Cáceres Fajardo, C. J., Villacrés Silva, D. A., y Paredes Garrido, F. J. (2020). Determinación de factores relacionados al desarrollo de fístulas palatinas posterior a una palatoplastia primaria. Cambios: revista médica, 19(2), 32-37.

Rodríguez Arias, K. y Espitia Rojas, G (2021). Revisión Narrativa: Evaluación e intervención fonoaudiológica en niños con labio fisurado.Corporación Universitaria Iberoamericana.

Rosado Rosado, N. M., Gonzaga Aguilar, K. E., Uchuari Muñoz, D. L., Quispillo Jaramillo, L. M., Cueva Riofrio, M. S., & Granja Carrión, G. A. (2019). Ortopedia prequirúrgica en pacientes con labio y/o paladar fisurado. RECIMUNDO, 3(1), 1448–1465.

https://recimundo.com/index.php/es/article/view/426

Ruscello, D. (2007). Treatment of velopharyngeal closure for speech: Discussion and implications for management.The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis, 2(1), 55–75. https://doi.org/10.1037/h0100212

Ruscello, D. M., & Vallino, L. D. (2020). The use of nonspeech oral motor exercises in the treatment of children with cleft palate: A re-examination of available evidence. American Journal of Speech-Language Pathology, 29(4), 1811–1820. https://doi.org/10.1044/2020_ajslp-20-00087

Tenelanda López, D. V., Guerrero De La Torre, D. A., Moscoso Gaibor, P. V., & Castelo Reyna, M. A. (2022). *Disglosias: Perspectiva odontológica y lingüística*. Universidad Nacional de Chimborazo. https://doi.org/10.37135/u.editorial.05.64

Vega-de Céniga, M., Allegue-Allegue. N., Bellmunt-Montoya. S., Lopez-Espada.C., Riera-Vásquez. R., Solanich-Valldaura. T. y Pardo-Pardo. J. (2009) Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. ANGIOLOGÍA. Vol. 61. Núm. 1. Pág. 29-34

Wiechers, C., Thjen, T., Koos, B., Reinert, S., & Poets, C. F. (2021). Treatment of infants with craniofacial malformations. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 106(1), 104–109. https://fn.bmj.com/content/106/1/104

Ysunza, A., & Pamplona, M. (2006). Corrección de la articulación compensatoria mediante

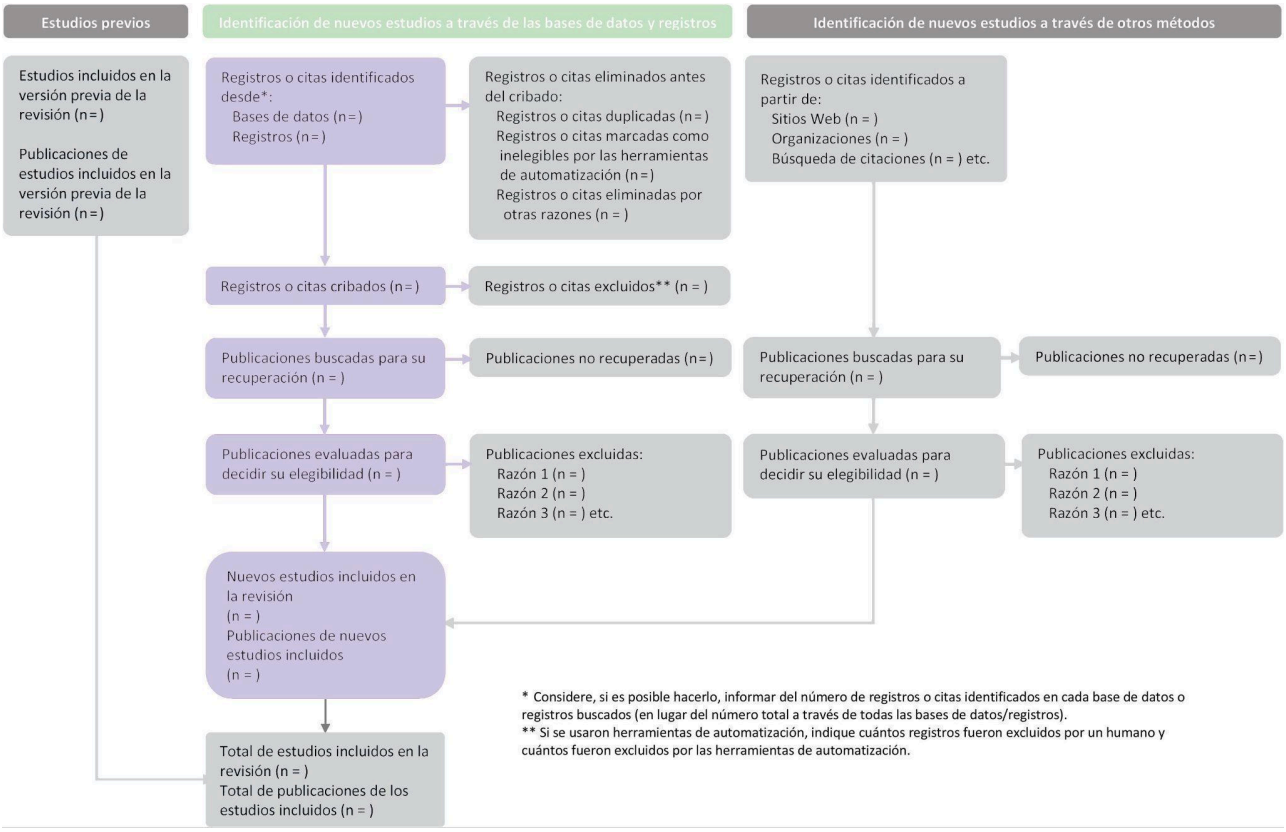
terapia del lenguaje basada en principios fonológicos y con el modelo del lenguaje integral. Medigraphic.com. https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2006/cp061i.pdf

# 13. ANEXOS

**Anexo 1.** Instrumento de recolección de datos

| Nombre del artículo | Autor/es | Fecha de publicación | Fuente de obtención del articulo | Cuartil | Idioma | Población estudiada | Diseño y /o tipo de estudio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**Anexo 2.** Diagrama de flujo de PRISMA 2020




**Anexo 3.**

Preguntas a expertos 1

## PREGUNTAS A EXPERTOS

### Momento 1: Conocer el abordaje interdisciplinario

Como parte del proceso de evaluación de la Guía de Intervención Fonoaudiológica en Alimentación y Articulación para Pacientes con Labio y Paladar Fisurado, se han diseñado preguntas dirigidas a expertos con experiencia en el abordaje interdisciplinario de esta población. La intención de este apartado es comprender cómo los diferentes profesionales integran sus conocimientos y prácticas al trabajar en equipo por una misma población. Sus respuestas aportarán una perspectiva valiosa para garantizar que la guía promueva un trabajo colaborativo efectivo, en beneficio de los pacientes y sus familias.

1. ¿Cómo sucede la ruta de interconsulta para que llegue el paciente a su área disciplinar?

2. ¿Cómo identifican la necesidad de otras áreas del equipo multidisciplinar?
3. ¿Cuáles son los pasos “fijos”/”inamovibles” que se deben seguir en la ruta de atención con el paciente?
4. ¿Qué protocolo/guía de evaluación/intervención maneja cada profesional en su área?
5. ¿A qué edad considera usted que es ideal el inicio de la atención con esta población?
6. ¿Cuáles son las expectativas que tienen del abordaje fonoaudiológico en el área de alimentación?
7. ¿Cuáles son las expectativas que tienen del abordaje fonoaudiológico en el área de articulación?
8. ¿Qué experiencia en el abordaje con esta población le ha enseñado algo que trasciende de la bibliografía?

**Anexo 4.**

Preguntas a expertos 2

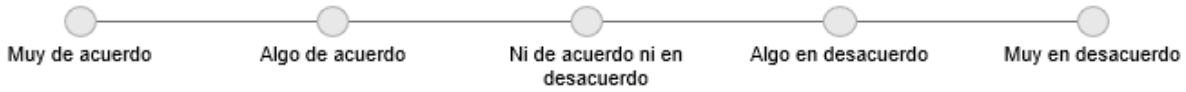
**Momento 2: Coherencia, suficiencia, calidad y pertinencia de la propuesta presentada**

Con el propósito de garantizar una adecuada implementación de la Guía de Intervención Fonoaudiológica en Alimentación y Articulación para Pacientes con Labio y Paladar Fisurado, se presenta la siguiente escala likert, la cual busca analizar y evaluar aspectos clave como la coherencia, suficiencia, calidad y pertinencia de los contenidos y las estrategias presentadas en la guía.

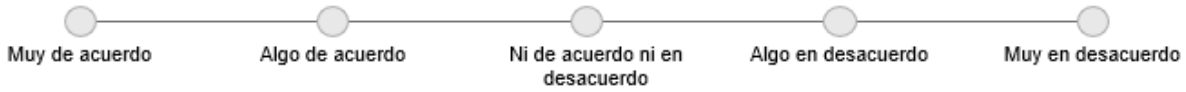
Este instrumento permitirá recoger opiniones fundamentadas que nos orienten hacia el perfeccionamiento de la guía, asegurando que responda a las necesidades de los pacientes y al contexto clínico de los profesionales fonoaudiológicos.

Se invita a los evaluadores a leer detenidamente cada ítem y seleccionar la opción que mejor refleje su percepción. Su colaboración es esencial para fortalecer esta herramienta y garantizar su impacto positivo en la práctica profesional.

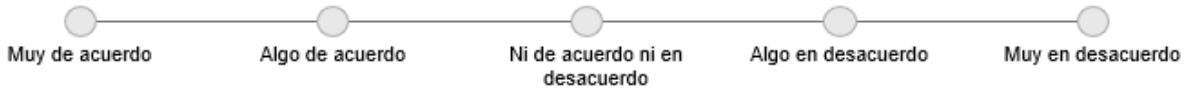
1. Los objetivos de la guía están específicamente descritos.



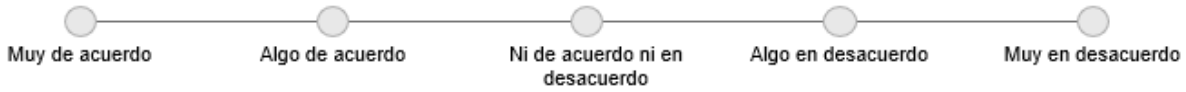

2. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.



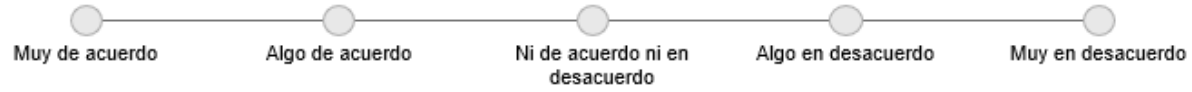

3. El grupo que desarrolla la guía incluye y/o adapta en la guía las observaciones brindadas por los profesionales expertos.



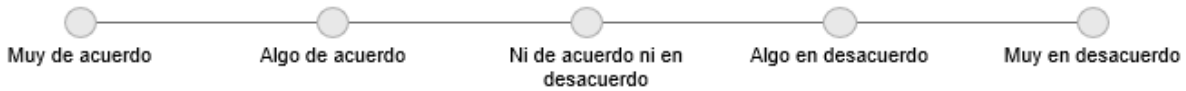

4. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia para el planteamiento de la guía.



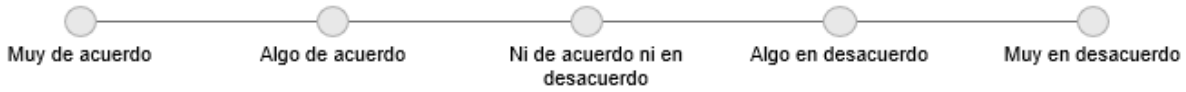

5. Al formular las recomendaciones han sido considerados tanto los beneficios en salud, como los riesgos y/o efectos secundarios.



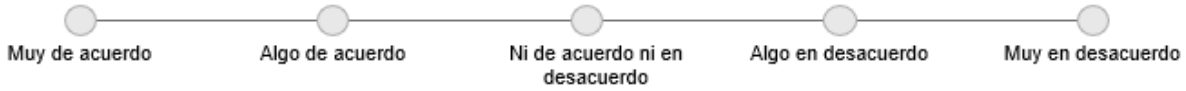

6. Las recomendaciones son coherentes, específicas y sin ambigüedad.



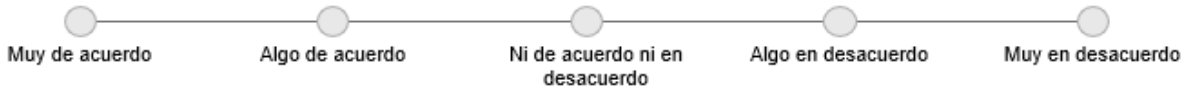

7. Es clara la ruta de atención para el manejo de pacientes con LPF.



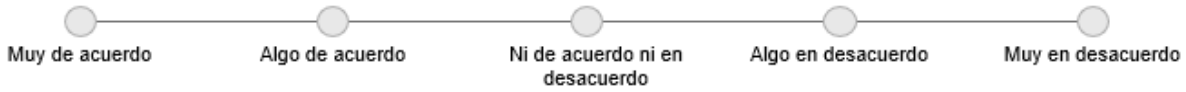

8. La guía toma en cuenta facilitadores y barreras para su aplicación.



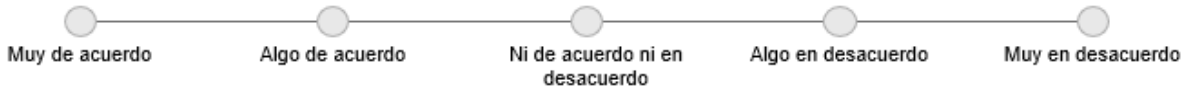

9. La guía cumple con un alto nivel de calidad para la aplicación con pacientes con LPF.



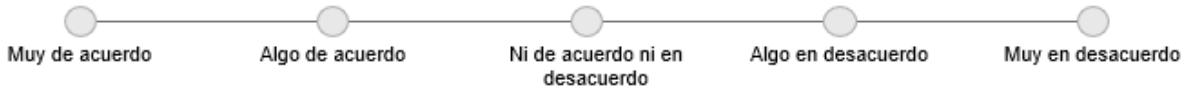

10. La ruta propuesta está respaldada por evidencia científica sólida y actualizada.



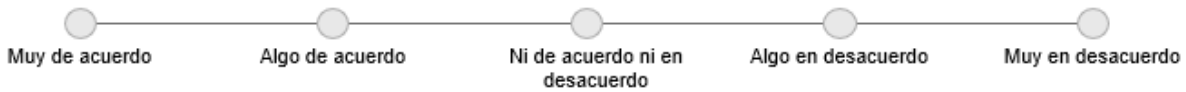

11. La información presentada en la guía para la atención con la población de estudio es pertinente



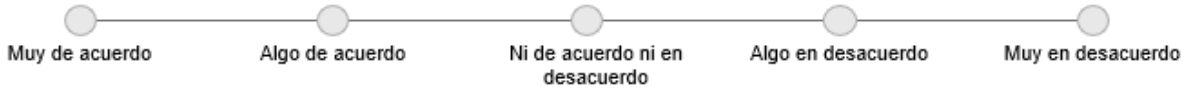

12. Considera que las recomendaciones sobre alimentación son claras y precisas




13. Considera que las recomendaciones sobre articulación son claras y precisas



14. La información propuesta en la guía cuenta con la posibilidad de ser actualizada/adaptada.




1. A continuación se presenta un apartado donde puede describir qué aportes recomienda para la guía propuesta.

_____

_____

**Anexo 5.**

Consentimiento Informado - tg.docx

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PARTICIPANTE**

**GUÍA DE INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN ALIMENTACIÓN Y ARTICULACIÓN PARA PACIENTES CON LABIO Y PALADAR FISURADO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA.**

Código del participante _____

Respetado señor(a), lo estamos invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo elaborar una adaptación de una guía fonoaudiológica para el manejo en las áreas de alimentación y articulación de pacientes con Fisura Labiopalatina entre 0 días de vida hasta los 10 años, a partir de una revisión bibliográfica de guías internacionales, en la cual participarán 7 personas incluido(a) usted; le garantizamos que su nombre ni datos personales serán expuestos ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y consiste en: Validar fundamentación teórica y procedimental de la propuesta de la guía de intervención fonoaudiológica en pacientes con fisura labiopalatina a través de un consenso de expertos, esta validación consistirá en dos momentos, el primero donde se realizará un panel que será guiado por una entrevista semiestructurada con los profesionales de la salud para conocer de qué manera abordan el manejo del paciente con LPH y las rutas que siguen al momento de la atención desde su profesión y un segundo momento donde se realiza una evaluación a través de una escala de calificación mediada por la escala Likert en la cual se solicitará la calificación donde se tendrá en cuenta las dimensiones de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad de la propuesta, también se realizará un segundo panel de discusión donde los expertos tendrán el espacio de comentar su opinión sobre la propuesta de la guía de manejo y realizar las sugerencias que tengan para la adaptación y corrección de la misma, con un tiempo aproximado de duración de 6 horas, es importante aclarar que en caso no darse completamente los pasos aquí explicados se retirará del estudio sin tener ninguna repercusión en la atención que se le brinda; otro forma de retirarse del proyecto es de manera voluntaria para lo cual solo debe expresar su deseo sin que esto ocasione ningún problema para usted.

Su participación en esta investigación ocasionará un riesgo mínimo relacionado con la confidencialidad de los datos.

Los beneficios que obtendrá serán contribuir a la investigación basada en evidencia que busca la creación de una guía de intervención fonoaudiológica en alimentación y articulación para pacientes con labio y paladar fisurado, debe saber que no incurrirá en ningún gasto y que no habrá compensación monetaria o de ningún otro tipo por participar en la presente investigación.

La información obtenida será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada.

Le informamos que en caso de obtener información nueva e importante se la estaremos dando a conocer una vez termine el estudio; usted conservará una copia de este documento.

En caso de solicitar información adicional sobre el proyecto puede comunicarse con la estudiante Claudia Marcela Gómez Castillo Cel +57 315 774 37 98, si tiene interrogantes sobre

el proceso ético puede comunicarse con el comité de ética en Investigación en Salud 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co

Autorizó que los datos, muestras recogidas y resultados obtenidos sean usados en los siguientes procesos guardando la identidad de mis datos, con la previa autorización de un comité de ética:

- Utilización en cualquier actividad con fines académicos SI ____ NO ____
- En futuros estudios SI ____ NO ____

Se entrega una copia de este documento al participante

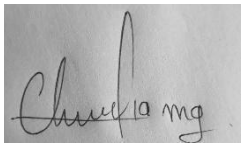
Nombre del participante:
CC:
Firma:

Nombre testigo 1

Dirección:
Parentesco:
Firma :

Nombre testigo 2

Dirección:
Parentesco:
Firma:

Persona que presentó el consentimiento informado
Nombre: Claudia Marcela Gómez Castillo
CC: 1.006.054.083
Firma: 
Relación con la investigación: Investigadora

Se firma en Cali, a los ___ del mes de _____ del 2024.

**Anexo 6. Tablas de calificación de las guías según el instrumento de evaluación AGREE II.**

**Tabla 24**

***Calificación AGREE II - Guía Clínica Fisura Labiopalatina (Chile, 2009)***

| **Dominio 1** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Alcance y objetivo** | 1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | 2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 6 | 6 | 6 | 6 | **24** |
| | 3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total:** | **20** | **20** | **20** | **20** | **80** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 2** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Participación de los implicados** | 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 | 6 | 6 | 6 | **25** |
| | 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.). | 3 | 3 | 2 | 2 | **10** |
| | 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total:** | **17** | **16** | **15** | **15** | **63** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 3** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rigor en la elaboración** | 7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 5 | 4 | 4 | 5 | **18** |
| | 8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad. | 3 | 2 | 3 | 3 | **11** |
| | 9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas. | 4 | 4 | 3 | 4 | **15** |
| | 10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 6 | 6 | 6 | 6 | **24** |
| | 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 6 | 5 | 5 | 5 | **21** |
| | 12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 6 | 6 | 6 | 6 | **24** |
| | 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 5 | 3 | 3 | 4 | **15** |
| | 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 2 | 2 | 2 | 2 | **8** |
| | **Total** | **37** | **32** | **32** | **35** | **136** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 4** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Claridad de presentación** | 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 6 | 6 | 6 | 6 | **24** |
| | 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total** | **20** | **20** | **20** | **20** | **80** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 5** | **Ítem** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Aplicabilidad** | 18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 3 | 3 | 3 | 3 | **12** |
| | 19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica. | 4 | 3 | 4 | 3 | **14** |
| | 20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos. | 1 | 1 | 1 | 1 | **4** |
| | 21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 1 | 1 | 1 | 1 | **4** |
| | **Total:** | **9** | **8** | **9** | **8** | **34** |
| Observaciones: En el ítem 20, la guía trata de tener en cuenta que el tratamiento sea -en lo posible- costo efectivo, pero no incluye consideración de costos específicos de tratamiento ni personal capacitado en el área como parte de la elaboración de la guía. | | | | | | |
| **Dominio 6** | **Ítem** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Independencia editorial** | 22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | 23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guia. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total** | **14** | **14** | **14** | **14** | **56** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |

**Tabla 25**

***Calificación AGREE II - Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina (Chile, 2015)***

| Dominio 1 | Item | Evaluadora 1 | Evaluadora 2 | Evaluadora 3 | Evaluadora 4 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Alcance y objetivo** | 1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | 7 | 6 | 5 | 5 | **23** |
| | 2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | 6 | 5 | 6 | 6 | **23** |
| | 3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total** | **20** | **18** | **18** | **18** | **74** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio | | | | | | |
| **Dominio 2** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | |
| **Participación de los implicados** | 4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | 7 | 6 | 6 | 6 | **25** |
| | 5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.). | 3 | 3 | 2 | 2 | **10** |
| | 6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total** | **17** | **16** | **15** | **15** | **63** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 3** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Rigor en la elaboración** | 7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | 6 | 5 | 6 | 6 | **23** |
| | 8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad. | 5 | 5 | 4 | 4 | **18** |
| | 9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están | 4 | 4 | 4 | 4 | **16** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | claramente descritas. | | | | | |
| | 10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | 6 | 6 | 6 | 6 | **24** |
| | 11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | 5 | 4 | 3 | 4 | **16** |
| | 12. Hay una relación explícita entre una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | 6 | 6 | 7 | 6 | **25** |
| | 13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | 5 | 4 | 4 | 4 | **17** |
| | 14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | 2 | 2 | 2 | 2 | **8** |
| | **Total** | **39** | **36** | **36** | **36** | **147** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 4** | **Item** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Claridad de presentación** | 15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | 6 | 6 | 6 | 6 | **24** |
| | 16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | 17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total** | **20** | **20** | **20** | **20** | **80** |
| Observaciones: No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |
| **Dominio 5** | **Ítem** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | |
| **Aplicabilidad** | 18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación. | 2 | 2 | 2 | 2 | **8** |
| | 19. La guía proporciona consejos y/o | 4 | 3 | 4 | 3 | **14** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica. | | | | | |
| | 20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos. | 1 | 1 | 1 | 1 | **4** |
| | 21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria. | 1 | 1 | 1 | 1 | **4** |
| | **Total** | **8** | **7** | **8** | **7** | **30** |
| Observaciones: En el ítem 20, la guía trata de tener en cuenta que el tratamiento sea -en lo posible- costo efectivo, pero no incluye consideración de costos específicos de tratamiento ni personal capacitado en el área como parte de la elaboración de la guía. | | | | | | |
| **Dominio 6** | **Ítem** | **Evaluadora 1** | **Evaluadora 2** | **Evaluadora 3** | **Evaluadora 4** | **Total** |
| **Independencia editorial** | 22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía. | 7 | 6 | 6 | 7 | **26** |
| | 23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía. | 7 | 7 | 7 | 7 | **28** |
| | **Total** | **14** | **13** | **13** | **14** | **54** |
| **Observaciones:** No se resaltan observaciones en este dominio. | | | | | | |