

PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON TERAPIA OROFACIAL Y MIOFUNCIONAL EN NEONATOS PRETÉRMINO

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Deborah Díaz León

Curso Académico 2017/2018

Tutor académico:

Francisco Díaz Cruz



Resumen

La mayoría de los bebés prematuros nacen con patologías asociadas al nacimiento precoz, entre las que se encuentra la debilidad en la coordinación y deficiencia en la ritmicidad del tríptico o tríada funcional (coordinación del reflejo de succión, deglución y respiración). En este trabajo, se propone un programa de intervención, en el que se explican los protocolos de actuación a realizar por parte del logopeda en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Además, un protocolo de evaluación, de seguimiento, así como, una serie de pautas para padres y madres. Con el objetivo final de alcanzar una correcta lactancia materna corrigiendo la debilidad en el tríptico o tríada funcional, y que esto, no interfiera en los patrones motores de la articulación del habla.

Palabras claves: *estimulación succión, neonato pretérmino, prematuro, reflejo de succión, terapia miofuncional, tríptico funcional.*

Abstract

Most premature babies are born with pathologies associated with early birth, including weakness in coordination and deficiency in the rhythm of the triptych or functional triad (coordination of the sucking, swallowing and breathing reflex). In this work, a program of intervention is proposed, in which the protocols of action to be carried out by the speech therapist in the Neonatal Intensive Care Unit are explained. In addition, an evaluation protocol, a follow-up protocol, as well as a set of guidelines for parents. With the ultimate goal of achieving correct breastfeeding by correcting weakness in the triptych or functional triad, and that this does not interfere with the motor patterns of the speech articulation.

Key words: *functional triptyc, myofunctional therapy, premature, preterm infant, reflection of suction, suction stimulation.*

1. MARCO TEÓRICO.

El mayor deseo de una mujer cuando se queda embarazada, es que todo salga a la perfección. Pues, aunque siempre se cuenta con la posibilidad de tener un parto prematuro, nunca se desea. Y cuando esto sucede, ocurre de forma inesperada, lo que conlleva una adaptación hacia una situación completamente novedosa.

Pero... ¿qué es un niño prematuro?; el hecho de que nazca tan pronto, ¿trae consigo alguna dificultad?... Estas, y otras preguntas, se intentan aclarar a continuación.

Este trabajo se centra en la labor del logopeda durante la estancia del bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Se explicarán conceptos básicos como: qué es el neonato pretérmino, los grados de prematuridad, el tratamiento logopédico a emplear con esta población, etc.

1.1. Neonato pretérmino.

1.1.1. Definición.

El neonato pretérmino o prematuro, es aquel niño nacido antes de las 37 semanas de gestación, existiendo una fecha promedio de embarazo de 40 semanas (encontrándose generalmente entre 37-42 semanas de embarazo) (Susanibar et al., 2014; Cano, 2013).

Asimismo, se debe destacar que se les considera neonato desde que nacen hasta los 28 días de vida, y lactantes a partir de los 28 días hasta el año de edad (Susanibar et al., 2014).

Aquellos niños que nacen antes de las 35 semanas, son los que necesitan un mayor apoyo para sobrevivir, por lo que deben ingresar en la Sala de Neonatología (S.E.N., 2005).

Además, según Álvarez, Barcia, Pavez y Zúñiga (2015), Ortíz (2014) y Cano (2013); existen diferentes grados de prematuridad (véase Gráfico 1), entre los que se distinguen:

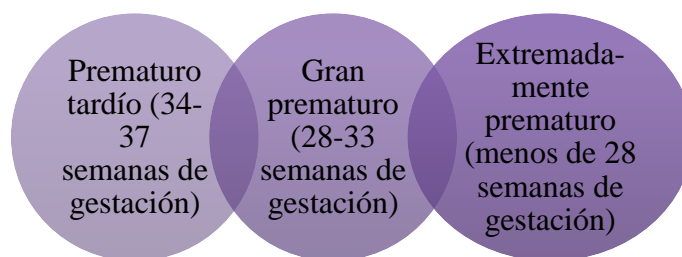


Gráfico 1. Grados de prematuridad.

1.1.2. Rasgos característicos.

El neonato pretérmino se caracteriza por ser un ser frágil desde que nace, no estando completamente preparado para la supervivencia fuera de la bolsa amniótica (Matarazzo, 2016). Su principal patología es la inmadurez de su desarrollo, pues sufren

o pueden sufrir diferentes alteraciones en distintos sistemas y funciones debido a diferentes causas (Olivar, 2016).

Asimismo, existen ciertos rasgos característicos de estos niños como son: alteraciones en el tamaño, una masa muscular disminuida, una piel arrugada de color rojo opaco, delgada y de aspecto reseco, un llanto débil, una succión sin energía o nula, una cabeza con un perímetro cefálico disminuido, ojos prominentes, nariz pequeña, orejas plegables, etc., debidos a su incompleto desarrollo y crecimiento intrauterino (Ortíz, 2014).

1.1.3. Principales problemas que presenta el neonato pretérmino.

Los niños prematuros suelen tener distintas alteraciones o patologías asociadas como pueden ser problemas neurológicos, cardíacos, respiratorios... (Mena y Llanos, 2008; citados por Álvarez, Barcia, Pavez y Zúñiga, 2015; Tapia, González y Urzúa, 2008).

La mayoría de veces, llevan asociado anomalías en las estructuras craneofaciales funcionales y dentales, tales como: trastornos en la articulación temporo-mandibular (ATM), deficiencia en la ritmicidad y coordinación del tríptico o tríada funcional (reflejo de succión, deglución, respiración), debilidad en la succión (Ortíz, 2014).

Además, poseen una gran inmadurez anatómica - funcional de sus órganos y sistemas, lo que conlleva problemas para alimentarse oralmente. Sin embargo, gracias a la maduración de sus órganos y a la práctica empleada, mejoran todo el proceso necesario para la alimentación (Álvarez, Barcia, Pavez y Zúñiga, 2015).

Los problemas en la alimentación pueden indicar una señal de daño neurológico, pudiendo favorecer el agravamiento de otras patologías (Susanibar et al., 2014). En el caso de no corregirse, influye en los patrones motores de la articulación del habla, provocando trastornos fonéticos en el futuro (Matarazzo, 2016).

El daño neurológico antes comentado y otras enfermedades sistémicas, puede que estén asociados a trastornos de deglución y de alimentación que, a su vez, impactan directamente en la nutrición y en el retardo progresivo del crecimiento (Susanibar et al., 2014).

Por otro lado, algunos neonatos pretérmino necesitan la alimentación por sonda, y gracias a ella, pueden tener garantizada su supervivencia. Sin embargo, este sistema de alimentación, puede originar consecuencias adversas, como problemas en el desarrollo del sistema estomatognático (S.E. en adelante) y una escasa estimulación orofacial, lo que hace necesario una estimulación temprana (Susanibar et al., 2014; Barquero, 2012).

1.1.3.1. Tríptico o tríada funcional.

Existen numerosos reflejos primitivos o neonatales primarios, entre los que se encuentran los reflejos orofaciales, tales como: el reflejo de succión, de búsqueda, de deglución, de mordida, de tos y de arcada (Bosnich, Durán, Ponce y Valdés, 2010).

Pero, concretamente, este apartado se centrará en el reflejo llamado “*tríptico funcional*” (o también conocido como “*tríada funcional*”), que se trata de la coordinación del reflejo de succión-deglución-respiración; cuya coordinación, es una de las actividades más complejas del S.E. (Ortíz, 2014; Bosnich, Durán, Ponce y Valdés, 2010).

Estos reflejos, empiezan a desarrollarse (por norma general y de manera separada) a partir de los 26 días de vida. Desarrollándose primero la deglución, a las 12-14 semanas de gestación, luego la succión (movimientos anteroposteriores de la lengua) entre las 18-24 semanas (madurando entre las 26-29 para coordinarse con los demás reflejos) y por último, tras la coordinación de los anteriores, la alimentación por vía oral a partir de la 34 semana de gestación (Matarazzo, 2016).

Sin embargo, no es hasta la semana 35/37, que se consigue la maduración necesaria en los reflejos y, en la coordinación de la deglución y respiración, para poder alcanzar el volumen necesario de leche (Matarazzo, 2016). Por lo que los niños nacidos antes de las 32 semanas, deben llevar sonda para alimentarse, pues no tienen la capacidad de alimentarse por sí mismos (Ortíz, 2014).

Hasta ahora, se ha hecho una descripción del tríptico o tríada funcional de manera general. Pero, de manera específica, se conoce que la succión es una de las principales funciones del S.E. y una de las más complejas, siendo una función motora oral que se encuentra debilitada en niños prematuros, lo cual dificulta la coordinación del tríptico o tríada funcional (Ortíz, 2014; Bosnich, Durán, Ponce y Valdés, 2010).

Esta alteración en el reflejo de succión, origina múltiples problemas, tanto en el recién nacido, como en la madre, afectando la lactancia materna y todo lo que ello conlleva. Incluso, puede llegar a condicionar el desarrollo orofacial del bebé (Ferrés et al., 2017; Ferrés et al., 2016).

Además, de manera general existen dos tipos de succión: la succión nutritiva y no nutritiva (Ortíz, 2014; La Orden, Salcedo, Cuadrado, Herráez y Cabanillas, 2012; Guido, Ibarra, Mateos y Mendoza, 2012; Bosnich, Durán, Ponce y Valdés, 2010). Aunque, específicamente, en el niño prematuro, se suelen observar varios tipos de succión, como son: la succión inmadura, la madura y de transición. (Bosnich, Durán, Ponce y Valdés, 2010). Explicándose todos estos tipos de succiones (véase Tabla 1):

Tabla 1.
Tipos de succión.

| EN GENERAL | |
|--------------------------|--|
| Tipos de succión | Descripción |
| Succión nutritiva | Es la succión que nutre y con la que el niño se alimenta a través de la lactancia materna, siendo coordinada de forma refleja con la deglución a partir de las 32 semanas, madurando en las semanas siguientes permitiendo la alimentación del lactante. |

| | |
|-----------------------------|--|
| Succión no nutritiva | Es usada para la calma, exploración, deseo de succionar y para la regulación (pudiendo succionar sus dedos o un chupete); la cual ayuda a que se produzca la succión nutritiva y la adquisición de las habilidades de alimentación; estando esta succión en ejecución desde la semana 18 hasta la 24 de gestación. En el caso de que esta se practicase con chupete: promueve la ganancia de peso en prematuros, pasar más rápido de la sonda a la alimentación oral, etc. |
|-----------------------------|--|

EN EL NIÑO PREMATURO

| Tipos | Succión inmadura | Succión madura | Succión de transición |
|--------------------|--|---|---|
| Descripción | Es aquella en donde la deglución y la respiración no coinciden con las succiones | El tríplico o tríada funcional es pausado y con una respiración que parece continua | El tríplico o tríada funcional se produce de manera desorganizada por la imposibilidad de regular los tres parámetros |

Estas dificultades en la succión de los niños prematuros, hacen necesaria la intervención logopédica con técnicas de estimulación oral desde el nacimiento. La estimulación orofacial, la táctil-kinestésica y la centrada en los Generadores de Patrón Central de Succión (GPCs), son técnicas que han mostrado resultados favorables (Matarazzo, 2016).

La estimulación temprana de la succión en neonatos pretérminos, además de mejorar la calidad de vida, tiene como objetivo el desarrollo del sistema sensorial, cognitivo y propioceptivo. Y, aunque algunos niños adquieren esta habilidad rápidamente, otros pueden tardar más tiempo en abandonar la alimentación combinada de sonda y succión (Guido, Ibarra, Mateos y Mendoza, 2012).

Por último, se debe aclarar que realizar una estimulación de la succión es un procedimiento no invasivo y con bajo coste, permitiendo a los padres y madres poder implicarse, mejorar la calidad asistencial y, disminuir los niveles de dolor y ansiedad ante los procedimientos realizados (La Orden, Salcedo, Cuadrado, Herráez y Cabanillas, 2012).

1.1.3.2. Tipos de estimulaciones.

Existen distintas formas de estimulación (véase Gráfico 2) para que se produzca el reflejo de succión y, con éste, la coordinación del tríplico o tríada funcional.

Gracias a Ferrés et al. (2016), a Matarazzo (2016), a Álvarez, Barcia, Pavez y Zúñiga (2015), y, a Durán, Castillo, De la Teja y Ramírez (2012), se puede conocer que el reflejo de succión de los recién nacidos se consigue con ejercicios de:

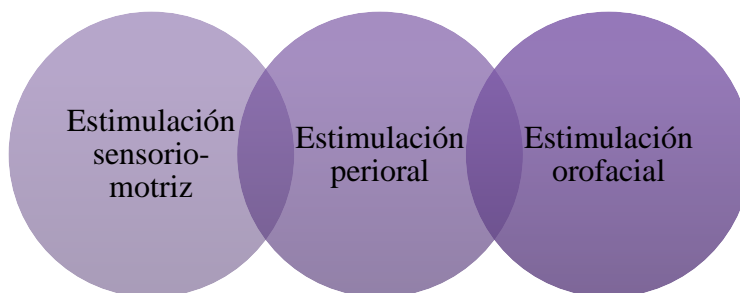


Gráfico 2. Formas de estimulación.

1.2. Tratamiento.

1.2.1. Terapia miofuncional.

1.2.1.1. Definición.

El concepto de terapia miofuncional proviene de: *terapia* (curación) y *mio* (músculo). Por lo que se puede definir como: terapia orientada a la “curación” de alteraciones funcionales de los músculos del sistema orofacial (Bartuilli, Cabrera, Perrián, 2010).

1.2.1.1.1. Sistema Estomatognático.

El sistema orofacial y miofuncional, o también conocido como Sistema Estomatognático (S.E. en adelante), es una unidad biológica funcional compuesta por un conjunto de estructuras orales, un complejo neuronal y la articulación temporomandibular (ATM), que dispone de sistemas óseos, musculares y, elementos tendinosos y ligamentosos. El cual se encarga de desarrollar las funciones de masticación, succión, salivación, deglución, respiración y fonoarticulación (fonación y habla); cuyas funciones están coordinadas con el sistema nervioso central, el cerebelo y el tronco encefálico (Carasusán, Susana, Ventosa, 2014; Susanibar, Marchesan, Parra y Dioses, 2014; Susanibar, Parra y Dioses, 2013; Bartuilli, Cabrera, Perrián, 2010).

1.2.1.2. Aplicaciones de la terapia miofuncional.

Por un lado, Puyuelo (1997, p. 77), agrupaba la aplicación de la terapia miofuncional (véase Gráfico 3) en dos grandes grupos de trastornos:

| Aplicaciones de la terapia miofuncional | |
|---|---|
| Esquelético-estructurales | <ul style="list-style-type: none"> • Origen congénito y/o adquirido |
| Muscular-funcional | <ul style="list-style-type: none"> • Originados de la fase neonatal o desarrollados durante el crecimiento |

Gráfico 3. Aplicación de la terapia miofuncional.

En cambio, Bartuilli, Cabrera y Perrián (2010), alegaban que la terapia miofuncional se aplica en varios ámbitos (véase Tabla 2), pudiéndose destacar:

Tabla 2.

Ámbitos a los que se aplica la terapia miofuncional.

| ÁMBITO | FUNCIÓN |
|--|---|
| Odontología y ortodoncia | Se encarga de alteraciones bucales de origen anatómico y/o funcional. |
| Atención temprana-odontopediatría | Tiene como función trabajar la estimulación bucal temprana en casos de ausencia o alteración en reflejos y funciones alimentarias por prematuridad, anomalías dentomaxilofaciales, etc. |
| Malformaciones faciales y/o craneofaciales | Pudiendo ser de origen genético, congénito o adquirido. |
| Patologías de origen neurológico central y periférico | Trastornos, síndromes o enfermedades que producen alteraciones motoras y/o sensoriales en el sistema estomatognático. |
| Patologías de etiología diversa (conocida y desconocida) | Pueden llegar a producir o producen alteraciones en el sistema orofacial. |

En resumen, uno de los campos de intervención miofuncional, es la atención temprana y, en concreto, los neonatos prematuros o con trastornos neurológicos que acarrearán problemas en la succión (Toledo y Dalva, 1998; Puyuelo, 1997).

1.2.1.3. Objetivos del tratamiento miofuncional.

La terapia muscular facial o “*terapia miofuncional*”, es utilizada para lograr una mayor armonía y optimizar las funciones del S.E. (Toledo y Dalva, 1998). Su objetivo, principalmente, “es prevenir, evaluar, diagnosticar, educar y rehabilitar el desequilibrio presente en el sistema orofacial desde el nacimiento hasta la vejez y cuya etiología puede ser muy diversa (anatómica, funcional, neurológica, etc.)” (Bartuilli, Cabrera, Perrián, 2010, p. 11).

Otro objetivo general que se debe considerar, es regular y normalizar las alteraciones anatomofuncionales del S.E. (en la medida de lo posible) (Bartuilli, Cabrera, Perrián, 2010).

La terapia miofuncional se debe realizar lo más temprano posible. En los neonatos, el objetivo principal se centra en trabajar la mejoría de la succión y en la estimulación de la musculatura del S.E. Además, se tiene que orientar a padres y madres, así como, al personal de enfermería de cómo debe ser la alimentación (Toledo y Dalva, 1998).

Por tanto, para intervenir en los problemas de succión, los objetivos según Toledo y Dalva (1998) son:

1. Estimular el reflejo de succión (en caso de reflejo débil o ausente).
2. Enseñar el correcto posicionamiento para la alimentación.
3. Instruir sobre el uso de biberón y chupetes adecuados.
4. Orientar sobre masajes y estimulación oral.

El tratamiento que se emplea en estos niños con problemas en el reflejo de succión, ayuda a evitar posibles maloclusiones, comprometer el desarrollo de las demás funciones orales, una mala lactancia materna y problemas de alimentación (Ferrés et al., 2017).

1.2.2. Evaluación miofuncional.

Según Durán, Castillo, De la Teja y Ramírez (2012) y, Bartuilli, Cabrera y Perrián (2010); la evaluación miofuncional ha de contener los siguientes apartados conjugándose y complementándose entre sí (véase Gráfico 4):



Gráfico 4. Apartados de una evaluación miofuncional.

La valoración es primordial para una buena evolución del paciente, para un buen diagnóstico y para que el objetivo final de la intervención se alcance. Por lo que se hace necesario, conocer las características y patologías, tanto del neonato a término, como del neonato pretérmino para valorar en mayor profundidad (Durán, Castillo, De la Teja y Ramírez, 2012; Bartuilli, Cabrera, Perrián, 2010).

Por último, gracias a Carasusán, Susana y Ventosa (2014), se pueden obtener unos ejemplos de anamnesis y guías a realizar para la evaluación de las disfunciones orofaciales, ya que han realizado un recopilatorio de estos mismos; pudiéndose encontrar algunas cuestiones de estos ejemplos dentro de las anamnesis (véase Anexo 1 y 2).

De la misma manera, gracias a Antunez y Leguizamo (2017), se puede disponer de una propuesta de evaluación de la tríada o tríptico funcional, de la cual se puede extraer una ficha técnica (véase Anexo 3).

1.3. Proceso de lactancia materna.

Las primeras experiencias de la lactancia materna para el bebé son fundamentales, pues es un proceso de adaptación y aprendizaje entre la madre y su bebé. Para que esto sea un éxito, depende de la madre, del bebé, de los factores ambientales y de la técnica empleada en esos momentos particulares (Durán, Castillo, De la Teja y Ramírez, 2012).

Es necesario realizar una valoración de forma individualizada y personalizada de cómo se produce la misma para poder aportar orientaciones, apoyo, información y consejos; ya que, la posición más apropiada, es colocando al bebé en una posición donde se encuentre alineada la boca, la barbilla y el ombligo, en donde la cabeza esté centrada (ni girada a algún lado, ni para atrás), la madre recta, etc. (Campos, 2009).

1.4. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN en adelante), o la Sala de Neonatología; está totalmente diseñada para que los infantes que allí ingresan, reciban todos los cuidados especiales que necesita para conseguir o lograr su supervivencia; estando diseñada y equipada con las últimas tecnologías y con un conjunto de profesionales especializados. Además, en la UCIN, no solo ingresan los niños que nacen antes de tiempo, sino también todos aquellos niños que nacen con algún problema grave (Cano, 2013).

Por otro lado, en la UCIN, los recién nacidos prematuros son los que necesitan con mayor frecuencia la intervención logopédica, debido a que presentan un trastorno transitorio pudiendo llegar a ser una dificultad persistente, pero no llegándose a considerar como disfagia, sino como un problema deglutorio (Susanibar et al., 2014). Por lo que los logopedas en la UCIN son los encargados de evaluar la transición de la alimentación oral de los niños recién nacidos pretérminos. Además, se encargan de optimizar el rendimiento de la alimentación gracias a la estimulación con la terapia miofuncional y orofacial; consiguiendo que la estancia en el hospital sea menor de lo normal y que se alimenten por sondas en un menor tiempo (Olivar, 2016).

1.5. Proceso de alta hospitalaria.

Para optar al alta hospitalaria, el niño debe lograr una estabilidad fisiológica adecuada y alimentarse de forma eficaz, segura e independiente (Matarazzo, 2016).

La ausencia o descoordinación de los reflejos orales básicos para la alimentación, hace necesario la ayuda de diferentes apoyos específicos, por lo que resulta más difícil poder optar al alta (Matarazzo, 2016). Puesto que la nutrición oral no comienza hasta la adquisición del reflejo de succión-deglución-respiración. Por lo que, hasta entonces, se necesita emplear sondas para poder nutrir al bebé; lo que implica un retraso en la adquisición del tríptico o tríada funcional, trayendo consigo mayor estancia en el hospital (La Orden, Salcedo, Cuadrado, Herráez y Cabanillas, 2012).

La estancia en el hospital ha de durar el tiempo necesario como para descartar cualquier posible problema en el bebé y, para que la madre esté recuperada y preparada para el posterior cuidado del recién nacido (Gracia et al., 2017).

Entre los criterios del alta se debe incluir razones como: estabilidad fisiológica, correcta hidratación del bebé, la inexistencia de dificultades en la alimentación y, sobre todo, muy importante, la competencia de la familia para proporcionar una atención adecuada. Pues si alguno de estos aspectos no es evaluado correctamente, puede conllevar el reingreso hospitalario (Gracia et al., 2017).

Haciendo hincapié en lo antes dicho, los padres y madres del recién nacido pretérmino necesitan pautas específicas, ante el alta de su hijo, y un seguimiento más estrecho tras el alta. Aunque igualmente, cabe matizar que, a estos padres, se les suele otorgar (de mano del pediatra) un manual de recomendaciones elaborado por la Sociedad Española de Neonatología (Gracia et al., 2017).

1.6. Padres y madres.

Las madres y padres de bebés prematuros, generalmente, se encuentran en un estado de conmoción al enfrentarse a una situación nueva, abrumadora e inesperada. La separación de su bebé por su hospitalización, la adaptación que conlleva la estancia en la UCIN y el proceso de alta provocan estrés y ansiedad. Ninguna pareja está preparada para afrontar esta nueva situación (Cano, 2013; S.E.N., 2005). Sin embargo, dentro de las funciones del equipo multidisciplinar está el convertir a los padres en parte activa del proceso que exige el desarrollo del niño.

La familia juega un papel fundamental en el desarrollo del neonato. En el caso que nos ocupa, han de convertirse, además, en “coterapeutas” (Bartuilli, Cabrera, Perrián, 2010). Los distintos profesionales han de explicar qué tipos de ejercicios se van a realizar, por qué, para qué; han de procurar que los observen, que los realicen. El convertirlos en partícipes les ayudará a disminuir su nivel de alejamiento hacia el bebé, de estrés, de ansiedad... (Cano, 2013).

Para ello, se debe proporcionar un entrenamiento adecuado en las técnicas utilizadas en estimulación temprana, lactancia materna, etc. Deberán ser capaces de reconocer signos de alerta en el desarrollo posterior del neonato, desarrollarán sus

propias competencias y no dependerán de los profesionales (García, 2014; Guido, Ibarra, Mateos y Mendoza, 2012).

Por tanto, tal y como propone Cano (2013), en las unidades neonatales no sólo se ha de acoger al recién nacido, sino a los progenitores también. Esto último supone que los padres han de estar integrados por completo y desde el primer momento del cuidado que su hijo ha de recibir, siendo acogidos con calor y afecto, se les apoyará, se les dará consejo, se discutirá con ellos las mejores opciones en cada momento y, se compartirá los logros y avances conseguidos.

1.7. Situación en Canarias.

El logopeda, es un profesional demandado para realizar el trabajo de terapia miofuncional con neonatos en la UCIN, con el fin de mostrar apoyo y ayuda al neonato en sí, y orientaciones a los familiares, e incluso, si es necesario, al personal de enfermería (Toledo y Dalva, 1998).

Sin embargo, tras realizar un análisis exhaustivo por diferentes páginas oficiales de internet (Gobierno de Canarias, Ministerio de Sanidad) no se ha podido localizar ninguna información sobre qué personal trabaja en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Canarias y, mucho menos, el papel que juega el logopeda dentro de las mismas. Aunque, se ha conocido información acerca de la función que ejecuta la logopeda en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), y se ha verificado que realiza este tratamiento con neonatos pretérmino con problemas en el reflejo de succión, pero tan solo si se solicita desde esta unidad. No existiendo un protocolo específico de actuación y desconociéndose si se realiza o no en el resto de hospitales de Canarias.

1.8. Justificación y objetivos.

El principal propósito de este trabajo es proponer un protocolo de actuación en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Canarias que permita a los logopedas actuar de forma inmediata ante el nacimiento de un niño prematuro realizando un programa de intervención en terapia miofuncional y orofacial. Además de desarrollar una serie de pautas para formar a padres y madres de niños prematuros con respecto a la alimentación de su hijo.

Finalmente, para este programa, se tiene como objetivos generales:

- Regular y normalizar, en la medida de lo posible, las alteraciones funcionales del sistema orofacial y miofuncional.
- Lograr una adecuada deglución en neonatos pretérminos.
- Estimular el reflejo de succión.
- Orientar a los padres sobre masajes y estimulación oral.

Y, como objetivos específicos:

- Conseguir que el niño adquiriera el reflejo de succión.
- Lograr el cambio de alimentación de sonda a oral.

- Alcanzar una buena coordinación del tríptico o tríada funcional (reflejo de succión-deglución-respiración).
- Alcanzar por parte del neonato una deglución funcional.
- Enseñar a los padres el correcto posicionamiento para la alimentación.
- Instruir a los padres sobre el uso de biberón y chupetes adecuados.

2. MÉTODO.

2.1. Participantes.

La muestra a la que va dirigida el programa de intervención está compuesta por neonatos pretérminos hasta los dos años de edad, que presenten problemas en el reflejo de succión y, con él, en el tríptico o tríada funcional. Las sesiones de tratamiento se realizarán hasta que se adquiera la coordinación del tríptico o tríada funcional. Aunque, las sesiones de seguimiento tendrán lugar hasta los 6 años de edad con el objetivo final de evaluar el desarrollo del habla.

Además, se contará con los familiares del paciente y con la ayuda, y colaboración, de otros profesionales, tales como: neonatólogo, enfermera, fisioterapeuta, otorrinolaringólogo, etc.

2.2. Instrumentos y materiales.

Como instrumentos para el desarrollo de este programa se requiere de una anamnesis y, de una exploración anatómica y funcional logopédica, para poder evaluar distintos aspectos a tener en cuenta para la realización óptima de este plan de intervención.

Además, se requiere de la presencia de una serie de materiales para poder llevar a cabo cada una de las actividades planteadas, tales como: guantes esterilizados, oxímetro de pulso pediátrico, tetina ortodóntica para prematuros y chupete ortodóntico.



Figura 1. Tetina ortodóntica.



Figura 2. Chupete ortodóntico.

2.3. Desarrollo del programa de intervención.

Se llevará a cabo en la UCIN con neonatos pretérminos (independientemente del grado de prematuridad); en donde se realizarán diferentes estimulaciones faciales para trabajar la producción del reflejo de succión y, con él, el tríptico o tríada funcional.

Asimismo, este programa requerirá de una evaluación miofuncional previa a la intervención y, un protocolo de seguimiento, una vez finalizado el programa de intervención.

2.4. Descripción, contenido y actividades de cada una de las sesiones y temporalización.

A. Evaluación.

Según Toledo y Dalva (1998), la evaluación del reflejo de succión permite comprobar la maduración neurológica. La conservación de este reflejo es vital para el desarrollo de las funciones orales. Por tanto, se debe evaluar si la succión es fuerte o débil y la rapidez con la que el neonato es capaz de alimentarse, siendo estos últimos datos importantes para la orientación a aquellas personas que traten con el niño en cuestión (familiares u otros profesionales).

Siguiendo esta línea, la primera sesión del programa que se presenta, consistirá en realizar una evaluación miofuncional, con cada uno de sus pasos, contando con la ayuda de aquellos clínicos relacionados con el S.E. (odontólogo, otorrinolaringólogo...). Esta evaluación miofuncional logopédica contará con:

1. Una anamnesis en la que se recogerán datos personales y, antecedentes pre y perinatales.
2. Una evaluación estructural y funcional.
3. Una evaluación de las funciones estomatognáticas que presenta el recién nacido.
4. Una evaluación del tríptico o tríada funcional.

Los pasos anteriormente nombrados, componen un protocolo de evaluación logopédica basado en la ficha de Antunez y Leguizamo (2017), a cuya ficha se le ha añadido cuestiones consideradas importantes que no aparecen en la misma.

La sesión de evaluación tendrá un intervalo de tiempo estimado de 15 minutos y, además, contará con una sesión clínica con el equipo multidisciplinar, en la que se decidirán los protocolos necesarios a llevar a cabo por cada uno de los profesionales implicados, procurando coordinarse entre estos mismos.

El objetivo final de la evaluación logopédica, se centra en la valoración de la función de la deglución conjunto con los reflejos de succión, respiración y deglución, es decir, del tríptico o tríada funcional. Explicándose más detalladamente el protocolo de evaluación (véase Anexo 4).

B. Intervención.

Antes de empezar, existen una serie de condiciones generales a seguir para poder llevar a cabo la intervención, tales como:

- Tener muy presente los resultados de las pruebas del resto de profesionales que son partícipes en el equipo multidisciplinar.
- En el momento en el que el niño comience a llorar o muestre algún signo de estrés, paralizar inmediatamente la intervención.
- No olvidar nunca esterilizarse las manos y antebrazos antes de la intervención para poder sentir el contacto piel con piel (con cada niño, incluyendo el cambio de niño a niño). Al igual que, no portar ningún tipo

de joya. Por lo que para la intervención extra-oral no es necesario el uso de guantes ni de crema.

- En cambio, para la intervención intra-oral, es necesario la utilización de guantes esterilizados, para evitar cualquier riesgo de infección.

Al igual que existen una serie condiciones generales, existen una serie de condiciones específicas para cada grado de prematuridad. Pues como se ha visto anteriormente, hay distintos tipos de estimulaciones (sensorio-motriz, perioral, orofacial); al igual que coexisten diferentes grados de prematuridad (extremadamente prematuro, gran prematuro, prematuro tardío). A esto último (grados de prematuridad), se le enlaza algún tipo de estimulación específica. Es decir:

Aquellos niños nacidos antes de las 28 semanas de gestación (extremadamente prematuros), son muy débiles, lo que dificulta la intervención por su nivel de soporte. Es por ello que la mejor forma de estimulación para estos niños, es la estimulación orofacial, ya que consiste en realizar una estimulación táctil leve (casi en forma de caricias) en la misma dirección que lleva las fibras musculares de los músculos estimulados (véase Figura 3). Sobre carrillos, mentón y labios en la parte extra-oral; y sobre los carrillos, lengua y encías por la parte intra-oral (Matarazzo, 2016). Cuya estimulación se llevará a cabo dentro de la incubadora y ha de ser muy suave, débil, para no hacerles daño.

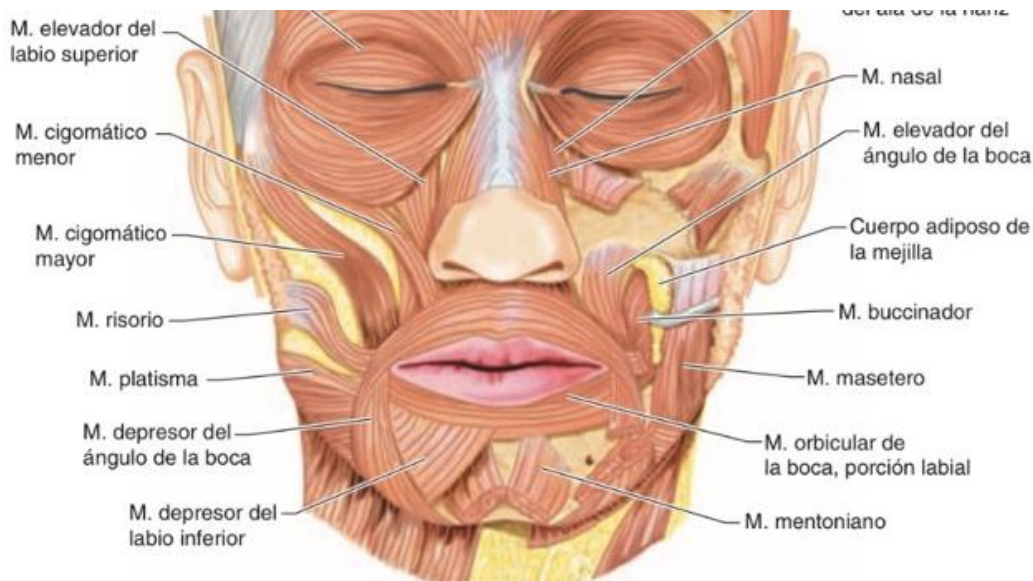


Figura 3. Músculos periorificiales de la boca.

Por otro lado, los neonatos nacidos entre las 28 y 33 semanas de gestación (grandes prematuros), son más fuertes que los anteriores, por lo que tendrán mayor resistencia a las estimulaciones realizadas. Por tanto, se realizaría la estimulación perioral, (véase Figura 4), que potencia la habilidad de coordinación de la succión y deglución, llevándose a cabo una presión rápida sobre la piel en los músculos masetero y orbiculares de los labios, “barrido en carrillos desde ATM hacia la comisura, con los dedos índice y pulgar se debe ejercer presión media de forma circular en la zona de carrillos, con el dedo índice, se trazan círculos alrededor de la musculatura labial con presión media y entre los dedos índice y pulgar protruir el labio inferior y superior

alternando (como pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior)” (Durán, Castillo, De la Teja y Ramírez, 2012, p. 289).

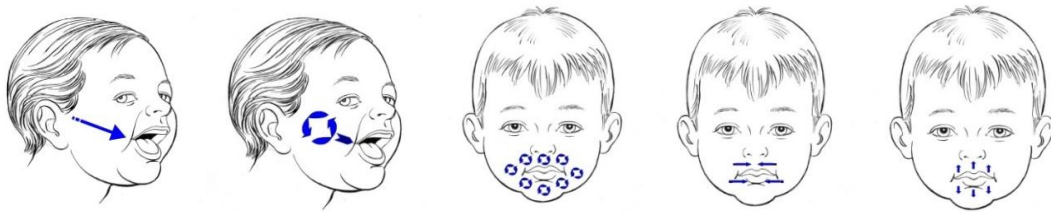


Figura 4. Estimulación perioral.

Aun así, se debe tener en cuenta la semana gestacional concreta en la que se encuentre el neonato, ya que aquellos niños entre las 28-30 semanas serán más débiles que los que se sitúen entre la semana 30-33 de gestación; por lo que cambiaría el nivel de presión a realizar.

En cambio, los prematuros nacidos entre las 34-37 semanas de gestación (prematuros tardíos), son niños límites, pues puede que haya algún bebé de 37 semanas que ya tenga adquirido el tríptico o tríada funcional. Por lo que, gracias a la evaluación que se realice antes de la intervención, se sabría si han de recibir o no tratamiento.

Sin embargo, aquellos que aun no lo tengan, se les realizará la estimulación sensorio-motriz que consiste en realizar una serie de ejercicios y técnicas intra y extra orales, tales como presión, masajes, vibración con el fin de corregir, facilitar y orientar la succión-deglución hacia la normalidad. (Álvarez, Barcia, Pavez y Zúñiga, 2015).

Lo óptimo es realizar esta estimulación antes de la alimentación del bebé, no sobrepasando los 5 minutos para que el niño no se fatigue. Además, dicha estimulación promueve la coordinación del tríptico o tríada funcional, lo que mejora la alimentación oral y, con ella, la nutrición del recién nacido (Álvarez, Barcia, Pavez y Zúñiga, 2015).

Llevándose a cabo esta estimulación en brazos de sus padres y estimulando las áreas de: la lengua, el paladar y la superficie interna de los carrillos (Ferrés et al., 2016).

Por otro lado, hay una serie de criterios a tener en cuenta con respecto a las asociaciones realizadas, como puede ser: se cambiará de tipo de estimulación, una vez el niño cambia de grado de prematuridad.

Asimismo, se debe tener en cuenta que cada persona es un mundo, por lo que habrá niños que necesiten mayor tiempo de intervención en la unidad, otros menos; y muchos otros criterios a tener en cuenta.

Por otra parte, la temporalización del protocolo de intervención, será el tiempo en el que el bebé se encuentre ingresado en la UCIN, pudiendo extenderse las sesiones de tratamiento, una vez dados de alta de dicha unidad. Sin embargo, la temporalización de las sesiones de las diferentes estimulaciones, serán de 5 a 10 minutos (siempre dependiendo del soporte y estrés del neonato), realizándose dos o tres veces por semana antes de cada toma (incluyendo toma por sonda).

Además, se les otorgará una serie de pautas a los padres a seguir con respecto a la lactancia y la ingesta de alimentación, complementándose con las aportadas por las enfermeras de la UCIN. E inclusive, se les proporcionará una serie de recomendaciones a tener en cuenta desde un punto de vista logopédico.

Del mismo modo, en las sesiones clínicas que se llevarán a cabo con el equipo multidisciplinar durante el transcurso del programa de intervención, la logopeda emitirá una serie de aportaciones que considere necesarias al resto de profesionales clínicos, desde su conocimiento como logopeda.

Para acabar, se ha elaborado un protocolo de intervención logopédica (véase Anexo 5) que se explica de mejor forma en el anexo citado, debido a la imposibilidad de proporcionar tanta cantidad de información en este apartado.

C. Seguimiento.

Para las sesiones de seguimiento, el infante, estará dado de alta de la UCIN. Uno de los requisitos para optar el alta hospitalaria, es que el niño pueda alimentarse eficaz, segura e independientemente, aunque esto no implica que tengan bien adquirido el tríplico o tríada funcional, ni que se alimenten correctamente. Por esta razón, durante los dos primeros años de vida del neonato, es necesario que acudan a sesión una vez cada tres meses para evaluar cómo de adquirida está su coordinación del tríplico o tríada funcional y cómo se produce su deglución.

Una vez cumplida esta edad, acudirán a la sesiones de seguimiento anualmente hasta los 6 años, para evaluar y seguir cómo va siendo su deglución, cómo de desarrollada está su coordinación del tríplico o tríada funcional y evaluar su habla para descartar cualquier posible problema en los patrones motores de la articulación del habla de forma temprana.

Por último, los métodos de evaluación y los pasos a seguir con respecto a las sesiones de seguimiento son:

- Evaluación de succión no nutritiva: se evaluará mediante observación del uso del chupete ortodóntico.
- Evaluación de la succión nutritiva: se llevará a cabo mediante el uso de la tetina ortodóntica.

Además, se hace necesario realizar de nuevo el protocolo de evaluación logopédica del programa, pero con una anamnesis distinta. E inclusive, efectuar una evaluación del habla del niño en cuestión, para valorar si se produce o no algún problema en los patrones motores de la articulación del habla. Llevándose a cabo esta última evaluación, con diversas pruebas logopédicas a poder emplear, tales como: “MacArthur”, “Registro Fonológico Inducido”...

Todo lo anterior nombrado, se encuentra descrito de manera más amplia en el protocolo de seguimiento (véase Anexo 6).

2.5. Diseño de la evaluación de la intervención.

Se realizaría la evaluación porque se desea comprobar si el programa va siendo efectivo o no en el transcurso del mismo, si se van cumpliendo los objetivos establecidos a lo largo de este, si hay satisfacción por parte de los familiares durante el desarrollo del programa,...

Llevándose a cabo dicha evaluación, para conocer si se ha de seguir empleando este mismo programa o si es necesario realizar modificaciones para su mejora (durante el transcurso y/o al final del mismo).

Se llevaría a cabo desde el nacimiento de niños pretérminos hasta los 6 años de edad de estos mismos; tanto el programa como la evaluación de este, puesto que se trataría de una evaluación procesual. Realizándose dicha evaluación tanto en la UCIN como en las sesiones de seguimiento establecidas. En la que, es necesario evaluar el programa en sí, es decir, sus objetivos, el método, los resultados obtenidos, los materiales empleados... Además de la necesidad de evaluar las instalaciones de la UCIN, varios aspectos con respecto a los familiares de los neonatos pretérmino, al logopeda y los profesionales colaboradores (véase Anexo 7).

Al tratarse de un programa logopédico; los propios logopedas que hacen uso de este programa han de solicitar la evaluación del mismo para saber si es efectivo o no, con el fin de seguir intentando mejorar la calidad de vida de los participantes. Aunque, se ha de tener cuenta los posibles factores que se puedan sobrevenir.

Para acabar, hay que dejar claro que al tratarse de un programa con una terapia logopédica, técnicamente, quien mayor peso tendría en la evaluación es el logopeda, pues además, es quien lo lleva a cabo. Aunque, tanto los familiares del usuario como los profesionales colaboradores (neonatólogo, enfermera, fisioterapeuta...) participarían en la misma.

Ellos (los profesionales colaboradores) colaborarían analizando, interpretando y observando los resultados obtenidos tras el programa, los cuestionarios y entrevistas pasadas, etc. Mientras que los familiares, completarían y responderían a aquellos cuestionarios de satisfacción realizados.

Además de que cada profesional colaborador valoraría un aspecto diferente, por ejemplo, el odontólogo realizaría una evaluación de la cavidad bucal; el fisioterapeuta llevaría a cabo una evaluación de los músculos del sistema estomatognático; el otorrinolaringólogo evaluaría las distintas fases de la deglución; el psicólogo daría consejo y apoyo a los familiares; los enfermeros, el pediatra y el neonatólogo evaluarían la evolución del neonato... Y así sucesivamente. Siendo evaluaciones a realizar antes del programa (pre-intervención) y al final del mismo (post-intervención), pudiendo además realizarse alguna evaluación durante el proceso del programa.

Una vez observados y evaluados los resultados, serían el logopeda y los distintos profesionales implicados en la evaluación quienes tomen las futuras decisiones, teniendo aún así en cuenta la opinión de los familiares sobre el programa. Cuya evaluación global del programa tiene como objetivos:

- Comprobar si los objetivos del programa se cumplen o no.
- Acreditar si se ha tenido en cuenta las diferentes opiniones de los profesionales colaboradores.
- Demostrar si se ha tenido en cuenta la opinión y la posición de los padres.
- Valorar la satisfacción de la audiencia (profesionales y familiares) con respecto a las actividades realizadas.
- Evaluar las mejorías logradas en el usuario.
- Evidenciar si se ha ajustado dicho programa a las necesidades del paciente.
- Valorar si se han utilizado los materiales necesarios.

Pudiendo añadirse algún aspecto u objetivo que consideren necesario el resto de profesionales.

3. RESULTADOS PREVISTOS.

Con esta propuesta de programa de intervención, se pretende trabajar con neonatos pretérminos durante el tiempo de ingreso de estos dentro de la UCIN. Durante este tiempo, la logopeda se centrará en trabajar el reflejo de succión y, con él, la coordinación del tríptico o tríada funcional, con diferentes tipos de estimulaciones pertenecientes a la terapia miofuncional y orofacial. Además, de llevar a cabo estas estimulaciones, se aportará una serie de pautas a los padres respecto a la lactancia materna basadas en lo comentado por Campos (2009) (cuyas aportaciones son complementarias a las otorgadas por las enfermeras) y, se dará una serie de recomendaciones a los mismos. Toda actividad, estará coordinada con los profesionales compañeros de la unidad, tras las sesiones clínicas pertinentes.

Una vez el bebé este dado de alta hospitalaria, el logopeda, no solo se centrará en continuar estimulando lo anteriormente nombrado, sino que además, realizará evaluaciones en sesiones de seguimiento de cómo se va adquiriendo dicha coordinación y, de cómo se produce la deglución del niño. Además, de evaluar su habla para descartar cualquier posible problema en los patrones motores de la articulación del habla de forma temprana.

Con las diferentes estimulaciones y pautas de lactancia proporcionadas, se pretende proporcionar un programa de intervención como protocolo de actuación a realizar por parte de los logopedas en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Canarias. A su vez, este protocolo se encuentra dividido en protocolos de evaluación, intervención y seguimiento. Con el objetivo final de mejorar el reflejo de succión, y con ello, el tríptico o tríada funcional en los neonatos pretérminos.

Por tanto, con este programa se espera alcanzar cada objetivo empleado, mejorar la calidad de vida del paciente, aportar orientaciones y, pautas, a los padres y madres, lograr una buena lactancia materna y conseguir una buena alimentación oral en la que no se vean afectados los patrones motores de la articulación del habla, y con ello, trastornos fonéticos en el futuro. Puesto que, es llamativo “que numerosos autores defienden que existe una misma red neuronal para la alimentación y el lenguaje” (Matazarro, 2016, p. 5).

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Álvarez Hernández, C., Barcia Varas, J., Pavez Gallegos, N. y Zúñiga Delgado, C. (2015). *Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en lactantes prematuros extremos de 3 y 6 meses de edad corregida*. (Tesis Pregrado). Universidad de Chile, Chile.
- Anónimo. (s.f.). NUK. [Figura 2]. Recuperado de http://www.nuk.com.es/es_es/todo-sobre-nuk/nuk-medical.html
- Anónimo. (2006). *Mujer activa. Maternidad*. [Figura 1]. Recuperado de <http://www.webdelbebe.com/cosas/tetinas-chupones-o-chupetes-cual-debo-comprar.html>
- Anónimo. (2008). *SlideShare*. [Figura 4]. Recuperado de <https://es.slideshare.net/guest621bd4/succin-y-deglucin-308805>
- Antunez de Mayolo Maurer, S. I. A., y Leguizamo Galvis, R. P. (2017). *Diseño, validación y aplicación del protocolo de evaluación de la triada succión–deglución–respiración en neonatos de 24 a 72 horas de nacidos de un hospital público de referencia nacional*. (Tesis Posgrado). Pontificia Universidad Católica Del Perú, Perú.
- Barquero Arce, M. (2012). Rehabilitación orofacial, tratamiento precoz y preventivo: terapia miofuncional. *Revista Científica Odontológica*, 8 (2), 35-38.
- Bartuilli, M., Cabrera, P. J. y Periñán, M. C. (2010). *Guía técnica de intervención logopédica. Terapia miofuncional*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Bosnich Mienert, J., Durán Barría, J., Ponce Mancilla, V. y Valdés Navarrete, F. (2010). *Evaluación de los reflejos orofaciales, succión nutritiva y succión no nutritiva en lactantes prematuros y de término, de 3 y 6 meses de edad*. (Tesis Pregrado). Universidad de Chile, Chile.
- Campos Montero, Z. I. (2009). Problemas de la alimentación en lactantes. Primera parte: generalidades. *Acta pediátr. costarric.*, 21 (1), 18-25.
- Cano Giménez, E. (2013). *Estrés y Ansiedad Parental en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. El Papel Modulador de una Intervención Temprana*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia.
- Carasusán Barcelona, L., Susana Donato, G. y Ventosa Carbonero, Y. (2014). *Herramientas para la evaluación de disfunciones orofaciales*. Barcelona: Col·legi de Logopedes de Catalunya.
- Durán Gutiérrez, A., Castillo Mancilla, E. B., De la Teja Ángeles, E. y Ramírez Mayans, J. (2012). Alimentación difícil en el paciente neonato, el enfoque estomatológico. Reporte de un caso. *Revista Odontológica Mexicana*, 16 (4), 285-293.

- Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Rodríguez-Alessi, P., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J. y Ferrés-Padró, E. (2016). Management of ankyloglossia and breastfeeding difficulties in the newborn: breastfeeding sessions, myofunctional therapy, and frenotomy. *Case Reports in Pediatrics*, 2016.
- Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Rodríguez-Alessi, P., Ferrés-Amat, E., Mareque-Bueno, J. y Ferrés-Padró, E. (2017). The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *European Journal of Paediatric Dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 18 (4), 319-325.
- García Sánchez, F. A. (2014). *Atención Temprana: enfoque centrado en la familia*. En AELFA (Ed.) XXIX Congreso AELFA. Logopedia: evolución, transformación y futuro (p. 286-302). Madrid: AELFA.
- Gracia, S. R., Munuzuri, A. P., López, E. S., Castellanos, J. L. L., Fernández, I. B., Campillo, C. W. R.,... & Luna, M. S. (2017). Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. In *Anales de Pediatría* (Vol. 86, No. 5, pp. 289-e1). Elsevier Doyma.
- Guido-Campuzano, M. A., Ibarra-Reyes, M. P., Mateos-Ortiz, C. y Mendoza-Vásquez, N. (2012). Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatología y reproducción humana*, 26 (3), 198-207.
- La Orden Izquierdo, E., Salcedo Lobato, E., Cuadrado Pérez, I., Herráez Sánchez, M. S. y Cabanillas Vilaplana, L. (2012). Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. *Nutrición hospitalaria*, 27 (4), 1120-1126.
- Matarazzo Zinoni, M. (2016). *Beneficios de la intervención logopédica en recién nacidos prematuros. Desarrollo hasta los 24 meses de edad corregida*. (Trabajo Fin de Máster). Universidad de Cantabria, Cantabria.
- Olivar Agudo, P. (2016). *Relación entre la prematuridad, funciones orales no verbales y otras variables secundarias*. (Trabajo de Fin de Grado). Escuela Universitaria Gimbernat, Cantabria.
- Ortíz Cano, C. A. (2014). *Características craneofaciales, funcionales y dentales en pacientes pretermino. Revisión de la literatura*. (Trabajo Final de Posgrado). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
- Puyuelo Sanclemente, M. (1997). Capítulo 4. Trastornos orofaciales. Terapia miofuncional. En N. Z. Toledo González, (Ed.), *Casos clínicos en logopedia* (pp. 77-103). Barcelona: Masson, S.A.
- Sociedad Española de Neonatología (S.E.N.) (2005). *Manual para padres con niños prematuros*. Madrid: Ibáñez & Plaza Asociados S.L.
- Sotello, E. (2016). *Dr. Sotello*. [Figura 3]. Recuperado de: <http://drstotello.blogspot.com.es/2016/11/musculos-periorificiales-de-la-boca.html>

Susanibar, F., Marchesan, I., Parra, D., y Dioses, A. (2014). *Tratado de evaluación de motricidad orofacial y áreas afines*. Madrid: Editorial EOS.

Susanibar, F., Parra, D. y Dioses, A. (2013). *Motricidad orofacial. Fundamentos basados en evidencias*. Madrid: Editorial EOS.

Toledo González, N. Z. y Dalva Lopes, L. (1998). Capítulo 7. Enfoque logopédico. En N. Z. Toledo González, (Ed.), *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo. Terapia miofuncional* (pp. 39-96). Barcelona: Masson, S.A.

5. ANEXOS.

ANEXO 1.

A continuación se expone una anamnesis de elaboración propia, en la que se incluyen cuestiones recogidas y contenidas dentro del recopilatorio realizado por Carasusán, Susana y Ventosa (2014).

ANAMNESIS PERTENECIENTE AL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

DATOS PERSONALES

- Nombre y apellidos:
- Sexo:
- Fecha de nacimiento:
- Lugar de nacimiento:

- Nombre del padre:
- Edad:
- Profesión:
- Teléfono:
- Nivel académico:
- Domicilio:
- Nacionalidad:

- Nombre de la madre:
- Edad:
- Profesión:
- Teléfono:
- Nivel académico:
- Domicilio:
- Nacionalidad:

- Estado civil de los padres:

ANTECEDENTES PRENATALES

- ¿Madre con antecedentes médicos familiares?
- ¿Padre con antecedentes médicos familiares?
- ¿Antecedentes médicos relevantes personales de la madre o del padre?
- ¿Antecedentes logopédicos de madre o padre?
- Número de embarazos:
- Resultados de las pruebas prenatales:
- ¿Medicamentos utilizados durante el embarazo?
- ¿Vacunación?
- ¿Dieta establecida durante el embarazo?
- ¿Uso de vitaminas durante el embarazo?
- ¿Tabaco u otras drogas?

ANTECEDENTES PERINATALES

- Grado de prematuridad:
- Peso al nacer:
- Dato relevante sucedido en el parto:
- Duración del parto:
- Problemas respiratorios o asfixia perinatal:
- Problemas metabólicos (observar comentario médico)
- Hiperbilirrubinemia: SI / NO

PARAFUNCIONES O HÁBITOS LESIVOS

- Succión digital: SI / NO
- Succión de carrillos: SI / NO
- Succión o mordisqueo labial: SI / NO
- Succión o mordisqueo lingual: SI / NO
- Movimiento anteroposterior: SI / NO
- Movimiento posteroanterior: SI / NO
- Otras características:

EXAMEN EXOBUCAL

Labios en reposo:

- Labio superior: CORTO / NORMAL / LARGO
HIPOTÓNICO / NORMAL / HIPERTÓNICO
- Labio inferior: : CORTO / NORMAL / LARGO / EVERTIDO
HIPOTÓNICO / NORMAL / HIPERTÓNICO

Frenillos labiales:

- Superior: NORMAL / ALTERADO
- Inferior: NORMAL / ALTERADO

Narinas: GRANDES / PEQUEÑAS / COLAPSADAS / UNI/BILATERAL

EXAMEN ENDOBUCAL

Lengua:

- Tamaño:
- Movilidad:
- Frenillo:
- Posición en reposo: RETRUÍDA / PROTRUÍDA

Paladar óseo

- Conformación: NORMAL / OJIVAL / OTRAS CARACTERÍSTICAS...

Paladar blando y úvula

- Conformación: NORMAL / BÍFIDA / OTRAS CARACTERÍSTICAS...

ANAMNESIS PERTENECIENTE AL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

- Tipos de alimentos que prefiere: DUROS / BLANDOS
- Trozos de alimentos: PEQUEÑOS / GRANDES
- Forma de masticación con la boca: CERRADA / ABIERTA
- Modo de masticación: NORMAL / LENTO / RÁPIDO
- Saca la lengua al recibir el alimento: SI / NO
- Saca la lengua al recibir el vaso: SI / NO
- Derrama líquido al beber: SI / NO
- Hace buches antes de tragar: SI / NO
- Le cuesta tomar comprimidos: SI / NO
- Otras observaciones:

RESPIRACIÓN

- Modo: NASAL / MIXTO / ORAL
- Tipo: COSTAL SUPERIOR / COSTO-DIAFRAGMÁTICO / ABDOMINAL / MIXTO
- Respiración bucal: NOCTURNA / DIURNA / OCASIONAL / PERMANENTE
- Babeo: NOCTURNO / DIURNO
- Ronquido: SI / NO
- Boca seca: SI / NO
- Reflejo de narinario de Godin:
 - SI SE DILATAN / NO SE DILATAN
 - UN LADO / LOS DOS LADOS
- Espejo de Glatzer (permeabilidad nasal): SIMÉTRICO / ASIMÉTRICO
- Prueba de Rosenthal:
 - Ambas narinas: SIN DIFICULTAD / CON DIFICULTAD
 - Narina derecha: SIN DIFICULTAD / CON DIFICULTAD
 - Narina izquierda: SIN DIFICULTAD / CON DIFICULTAD

DEGLUCIÓN

| Deglución de | Líquidos | Sólidos | Saliva |
|-------------------------|----------|---------|--------|
| Normal | | | |
| Interposición labial | | | |
| Interposición lingual | | | |
| Empuje lingual superior | | | |
| Empuje lingual inferior | | | |
| Empuje lingual lateral | | | |
| Contracción peribucal | | | |
| - Puntillado mentoniano | | | |
| - Contracción comisural | | | |
| - Ambas | | | |

PARAFUNCIONES O HÁBITOS LESIVOS

- Succión: MADURA / INMADURA
 - Uso prolongado del chupete: SI / NO
 - Uso prolongado del biberón: SI / NO
- Succión digital: SI / NO
- Succión de carrillos: SI / NO
- Succión o mordisqueo labial: SI / NO
- Succión o mordisqueo lingual: SI / NO
- Movimiento anteroposterior: SI / NO
- Movimiento posteroanterior: SI / NO
- Ronquido y/o babeo nocturno: SI / NO
- Bruxismo: SI / NO
- Otras características:

EXAMEN EXOBUCAL

Labios en reposo:

- Labio superior: CORTO / NORMAL / LARGO
HIPOTÓNICO / NORMAL / HIPERTÓNICO
- Labio inferior: : CORTO / NORMAL / LARGO / EVERTIDO
HIPOTÓNICO / NORMAL / HIPERTÓNICO

Frenillos labiales:

- Superior: NORMAL / ALTERADO
- Inferior: NORMAL / ALTERADO

Narinas: GRANDES / PEQUEÑAS / COLAPSADAS / UNI/BILATERAL

EXAMEN ENDOBUCAL

Lengua:

- Tamaño:
- Movilidad:
- Frenillo:
- Posición en reposo: RETRUÍDA / PROTRUÍDA

Paladar óseo

- Conformación: NORMAL / OJIVAL / OTRAS CARACTERÍSTICAS...

Paladar blando y úvula

- Conformación: NORMAL / BÍFIDA / OTRAS CARACTERÍSTICAS...

| FICHA TECNICA | | | | |
|------------------------------|---|------------------|--------------------------------|--|
| NOMBRE | Protocolo de evaluación de la triada Succión - Deglución - Respiración en recién nacidos. | | | |
| OBJETIVO | Establecer las características de las funciones Estomatognáticas básicas del recién nacido y las condiciones en las que se encuentra el neonato al momento de su nacimiento para alimentarse con éxito. | | | |
| AUTORES | Rosa Paola Leguizamo Galvis, Fonoaudióloga Susana Ines Ana Antúnez de Mayolo, Esp. Audición, habla y lenguaje | | | |
| ADMINISTRACION | Individual | | | |
| DURACION | 15 minutos | | | |
| SUJETOS DE APLICACIÓN | Neonatos entre 24 y 72 horas de nacidos mayores de 34 semanas y neonatos menores de 34 semanas hospitalizados en UCI, | | | |
| TECNICA | Observación y aplicación del protocolo | | | |
| PUNTUACION | En la prueba cada ítem evaluado tendrá una puntuación numérica de 0 a 2 o de 0 a 3, según la cantidad de ítems de cada dimensión, en donde 1, 2 y 3 es la condición óptima y 0 la condición alterada; si en la escala dada se encuentran valores intermedios se considerará como una condición buena pero no óptima; en el caso de la relación esperada entre la triada al ser el ítem que engloba las tres funciones estomatognáticas evaluadas tendrá una puntuación de 5 como condición óptima.. | | | |
| DIMENSIONES E ITEMS | Datos personales | | | |
| | Antecedentes | Prenatales | | |
| | | Perinatales | | |
| | Evaluación estructural y funcional | Carrillos | Tono | |
| | | | Escurrimiento de alimento | |
| | | Lengua | Tono | |
| | | | Lengua durante el llanto | |
| | | | Forma cuando eleva | |
| | | | Frenillo | |
| | | | Fijación en la lengua | |
| | | Labios | Fijación en el piso de la boca | |
| | | | Tono | |
| | | | Posición | |
| | Paladar duro | Reposo | | |
| | | Profundidad | | |
| | Paladar blando | Altura | | |
| | | Simetría | | |
| | Funciones Estomatognaticas | Respiración | Extensión | |
| | | | Saturación | |
| | | | Movimientos del pecho | |
| | | | Retracción intercostal | |
| | | | Retracción apofisis xifoide | |
| | | | Dilatación de narinas | |
| | | | Quejidos al respirar | |
| | | Signos de alarma | | |
| | | Succión | Posición de labios | |
| | | | Interposición maxilar | |
| Posición de lengua | | | | |
| Posición laringea | | | | |
| Reflejo de succión | | | | |
| Reflejo de búsqueda | | | | |
| Patron de succión | | | | |
| Conjunto de ciclos | | | | |
| Deglucion | Frecuecnua de succión | | | |
| | Signos de alarma | | | |
| | Reflejo de mordedura | | | |
| | Reflejo de Arco | | | |
| | Reflejo deglutorio | | | |
| | Frecuencia deglutoria | | | |
| | Movimientos asociados | | | |
| | Elevacion Laringea | | | |
| | Signos de alarma | | | |
| | Relación de la triada | | | |

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN LOGOPÉDICA

Ante el nacimiento de un neonato pretérmino, se hace necesario en un primer momento, la valoración clínica del neonatólogo y de la enfermera.

Tras esta valoración inicial, el neonatólogo se pondrá en contacto con el resto de profesionales sanitarios (otorrinolaringólogo, fisioterapeuta,...) para una evaluación completa del niño.

Entre estos profesionales se encuentra el logopeda, cuyo principal objetivo, se centra en la valoración de la función de la deglución conjunto con los reflejos de succión, respiración y deglución.

La valoración logopédica que se propone para este programa, surge de la propuesta descrita por Antunez y Leguizamo (2017) (véase Anexo 3); aunque se han incorporado una serie de cuestiones que se comentarán a continuación:

1. Anamnesis en la que se recogerán datos personales y, antecedentes pre y perinatales.
 - a. A la que se le ha ampliado una serie de cuestiones: datos personales, antecedentes pre y perinatales, parafunciones o hábitos lesivos... Llegando a establecerse una anamnesis semiestructurada (véase Anexo 1).
2. Evaluación estructural y funcional (mediante observación).
3. Evaluación de las funciones estomatognáticas que presenta el recién nacido (mediante observación de amamantamiento y/o técnica del dedil).

Además, se le ha añadido un protocolo de evaluación del tríplico o tríada funcional, con el que se evaluará la presencia o ausencia de los reflejos orales, la fuerza, el ritmo de succión y coordinación de la tríada o tríplico funcional (mediante observación y/o técnica del dedil) (véase Anexo 8).

Una vez llevadas a cabo las valoraciones pertinentes, el equipo multidisciplinar decidirá en una sesión clínica, cuáles son los protocolos necesarios a llevar a cabo por cada uno de los profesionales implicados, procurando coordinarse entre ellos para que los resultados sean los más óptimos posibles.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA

Tras lo anterior, se realizará una intervención logopédica, teniendo muy presente los resultados de las pruebas del resto de profesionales pertenecientes al equipo multidisciplinar.

Existen una serie de **condiciones generales** a seguir para poder llevar a cabo la intervención, tales como:

- Aquellos niños que aún posean alimentación por sonda, se le solicitará al personal de enfermería que suspenda el paso del alimento durante el tiempo en el que el logopeda esté estimulando.
- Se observará constantemente la saturación de oxígeno del niño, al igual que la coloración y los gestos del mismo.
- En el momento en el que el niño comience a llorar o muestre algún signo de estrés, paralizar inmediatamente la intervención.
- No olvidar nunca esterilizarse las manos y antebrazos antes de la intervención para poder sentir el contacto piel con piel (con cada niño, incluyendo el cambio de niño a niño). Al igual que, no portar ningún tipo de joya. Por lo que para la intervención extra-oral no es necesario el uso de guantes ni de crema.
- En cambio, para la intervención intra-oral, es necesario la utilización de guantes esterilizados, para evitar cualquier riesgo de infección.

Igualmente, hay una serie de **condiciones específicas** para cada grado de prematuridad:

Extremadamente prematuro

Aquellos neonatos nacidos extremadamente prematuros (menos de 28 semanas de gestación), son enormemente débiles. Son bebés demasiado pequeños, que incluso algunos, caben en la palma de la mano. Precisamente, con estos niños, la estimulación orofacial, ha de ser muy suave, débil, para no hacerles daño. Es por ello, que al realizarle la estimulación sin guantes, con las manos esterilizadas, se puede sentir el contacto piel con piel de manera que, a la hora de estar realizando la estimulación, tan solo sea rozarla.

Además, se debe tener en cuenta que, como estos niños son muy frágiles y puede ser un riesgo que salgan de la incubadora, se llevará a cabo la estimulación dentro de la misma.

Al igual que, se debe considerar, que estos niños se alimentarán por una sonda nasogástrica. Por lo que, hasta que no pasen al siguiente grado de prematuridad, tan solo se les estimulará el sistema miofuncional.

Gran prematuro

Por otro lado, aquellos niños nacidos entre las 28 y 33 semanas de gestación (gran prematuro), son bebés que se encuentran en medio de dos grados de prematuridad

totalmente distintos. Debido a esto, hay que tener en cuenta la semana gestacional concreta en la que se encuentran, puesto que, aquellos niños entre las 28-30 semanas serán más débiles que los que se sitúen entre la semana 30-33 de gestación.

De igual manera, se llevaría a cabo la estimulación perioral, teniéndose en cuenta el nivel de debilidad de la piel en la que se pueda encontrar el neonato. Por esto, aquellos gran prematuros nacidos que se encuentren entre la 28-30 semanas de gestación, se les realizará una estimulación rápida sobre la piel con poca presión (pero un poco más que a los extremadamente prematuros), mientras que a los bebés que se sitúen entre las 30-33 semanas de gestación, se les realizará una estimulación con una presión rápida sobre la piel.

Además, se debe tener en cuenta que el neonatólogo es el profesional que decide si el niño puede o no salir de la incubadora, por tanto, a aquellos gran prematuros que se deban quedar en la incubadora, tan solo se les realizará la estimulación dentro de la misma, mientras que, además, se alimenten por la sonda. Pero con aquellos grandes prematuros que ya puedan salir de la incubadora, se les estimulará estando estos delante del pecho materno, a la vez que se le da una serie de pautas a seguir a la madre con respecto a la lactancia (las cuales son complementadas con las aportadas por las enfermeras), pudiendo realizarse bien por amamantamiento en el seno materno, o bien, por uso de una tetina ortodóntica. Esto no quita que se alimenten por sonda, mientras se va trabajando la lactancia hasta que se tenga adquirida la coordinación de la tríada o tríptico funcional.

Prematuro tardío

Por último, los prematuros tardíos (aquellos neonatos nacidos entre las 34-37 semanas de gestación), son más fuertes que los anteriores, pues están más desarrollados, pudiendo alguno de ellos incluso, llegar a tener adquirido la tríada o tríptico funcional. Por lo que, gracias a la evaluación que se realice antes de la intervención, se sabría si han de recibir o no tratamiento.

Aun así, aquellos que sí necesiten la intervención, se les realizará una estimulación sensorio-motriz, la cual será variada, ya que se ejecutará presión, masajes y vibración. Siempre teniendo en cuenta la coloración, los gestos y el estrés que pueda llegar a presentar el niño; en la cual se debe intentar hacer una estimulación ligera.

Sin embargo, estos niños ya podrán salir de la incubadora, por tanto se les realizará la estimulación en brazos de sus padres. Posteriormente, se llevará a cabo las pautas para la lactancia materna (bien por amamantamiento en el seno materno o por uso de una tetina ortodóntica).

Por otro lado, entre los cometidos del logopeda, este debe transmitir a los padres la necesidad de su integración en el cuidado de sus hijos, a quienes se les explicará todo en un lenguaje sencillo, se les apoyará, se les dará consejo y, se compartirá con ellos los logros y avances conseguidos. Se les han de explicar los tipos de estimulaciones realizados con su porqué y para qué, como aportar pautas con respecto a la lactancia materna. Esto último, se complementará con las pautas que aportan las enfermeras con respecto a este tema. Cuyas **pautas de lactancia materna** que se seguirán son:

- Colocar al bebé en una posición donde se encuentre alineada la boca, el mentón y el ombligo, donde la cabeza esté centrada. Además, el niño debe ser llevado a la madre y esta ha de estar recta (Campos, 2009).
- Una vez colocado el neonato frente al seno materno, se le estimulará el reflejo de búsqueda hacia el mismo, para que el niño rote la cabeza en dirección al seno.
- Con el seno, la madre ha de hacer una estimulación táctil del labio inferior y del mentón para que el niño abra ampliamente la boca (Campos, 2009).
- Una vez el niño realiza el sello labial en el pezón, la enfermera supervisará si el neonato está colocado de manera correcta (nariz y mentón próxima al seno, observar lengua por el labio inferior, etc. (Campos, 2009)).

En el caso de alimentar al bebé con el biberón, se utilizará una tetina blanda diseñada para niños prematuros (véase Figura 1), cuyas pautas a realizar son los dos últimos puntos anteriores.

De la misma manera, se ha de aclarar que se irá trabajando el proceso de lactancia materna sin realizar amamantamiento, es decir, se trabajará la posición, el sello labial, etc., hasta que el niño tenga adquirido el tríptico o tríada funcional y realice el amamantamiento. Además, en cada sesión, se ejecutará la lactancia materna posteriormente a las estimulaciones realizadas por la logopeda.

Por otra parte, en el transcurso del programa de intervención, y con ello, durante del tiempo de ingreso del niño en la UCIN, lo ideal sería realizar una **sesión clínica entre los profesionales** cada dos o tres semanas para así actualizar la situación del niño durante el transcurso del protocolo de intervención. El logopeda, como profesional perteneciente al equipo multidisciplinar, en las sesiones clínicas emitirá sus **aportaciones** desde su punto de vista logopédico al resto de profesionales, como pueden ser:

- Enfermeras:
 - En el momento en el que la logopeda vaya a emitir las diferentes pautas a los padres con respecto a la lactancia materna, se intentará que ambos profesionales se coordinen e informen al completo.
- Psicólogo:
 - Coordinarse con la logopeda sobre cuándo se va a iniciar el “*método canguro*” para que la logopeda realice las estimulaciones una vez que se practica el método.
- Fisioterapeuta:
 - Si es posible, realizar la estimulación kinestésica antes de la intervención logopédica, desde que lo consideren necesario.
 - Coordinarse con la logopeda sobre el trabajo que estén realizando, ya que se pueden complementar, aunque el trabajo del fisioterapeuta se centra en todo el físico y el del logopeda en lo facial-funcional.

Recomendaciones a los padres:

- Pidan ayuda para lo que necesiten.
- En caso de cualquier daño, dolor o molestia durante el proceso de lactancia materna, avisar inmediatamente.

- Antes de abandonar el hospital, asegúrense de estar cómodos con todos los aspectos de amamantamiento y cuidados del niño.
- Una vez el bebé esté dado de alta, podrá colocarle la chupa ortodóntica para así estimular la succión no nutritiva.

Por otro lado, como se puede observar, los **tipos de estimulaciones** a realizar con los neonatos pretérmino, están asociadas con los diferentes grados de prematuridad. Con respecto a esto, se deben tener en cuenta varios criterios, como son:

- Dichas estimulaciones se realizarán constantemente en cada sesión.
- Se cambiará de tipo de estimulación, una vez el niño cambia de grado de prematuridad.
- La estimulación sensorio-motriz con los neonatos pretérmino solo contará con: masaje, presión y vibración, siendo esta de presión ligera.
- A medida que se interviene, se realiza evaluaciones de cómo se va adquiriendo el tríplico o tríada funcional.

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO LOGOPÉDICO

Aunque el trabajo esté centrado en intervenir con neonatos pretérminos durante su estancia en la UCIN, este programa cuenta con una serie de sesiones de seguimiento. Estas últimas, tendrán como edad máxima los 6 años. Además, estas sesiones de seguimiento tendrán lugar trimestralmente hasta la edad de 2 años, y anualmente hasta los 6.

En ellas, se llevará a cabo una evaluación del progreso adquirido con respecto al tríptico o tríada funcional, al igual que una evaluación de cómo se produce su deglución.

Este progreso, se valorará mediante observación de la succión no nutritiva del chupete ortodóntico o, mediante la observación de la succión nutritiva de la tetina ortodóntica; hasta la retirada de los mismos al año de edad. Siguiendo los mismos pasos de evaluación logopédica, que se encuentra en el apartado anterior llamado “*protocolo de actuación de evaluación*” (véase Anexo 4); al cual solo cambia la anamnesis (véase Anexo 2) a realizar (la cual se lleva a cabo en la primera sesión de seguimiento, en cada cumplimiento de año y en la última sesión de seguimiento).

Además, se valorará el desarrollo del habla con el objetivo de descartar cualquier posible problema de forma temprana en los patrones motores de la articulación del habla. Realizándose dicha evaluación con diverso material, tal como: “*MacArthur*”, “*Registro Fonológico Inducido*”, “*Enséñame a hablar*” y tantas otras pruebas logopédicas a poder emplear.

Para terminar, se debe tener en cuenta que pueden surgir una serie de **imprevistos** como pueden ser que los padres soliciten acudir a un logopeda más cercano a su domicilio familiar. En el caso de que así sea, se le otorgará al logopeda un informe del trabajo realizado con el niño en concreto del que se trate, más los pasos que aconsejamos seguir, tras una reunión con el logopeda en cuestión.

ANEXO 7.

| Ámbitos | Dimensiones | Indicadores | Instrumentos y técnicas |
|-----------|---|--|--|
| Objetivos | Suficiencia | Cuánto de suficiente son los objetivos del programa Medibles Observables | Pruebas objetivas y encuesta / entrevista (logopeda y profesionales) |
| | Cumplimiento | Realización o no de cada uno de los objetivos | Encuesta / entrevista (familiares y profesionales) |
| | Adaptabilidad | Ajuste a las necesidades surgidas en el transcurso del programa | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales y familiares) |
| | Realismo | Cuánto de realistas son los objetivos a conseguir | |
| Método | Elaboración de las actividades del programa | Ejecución de las actividades planteadas | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales y familiares) |
| | Cumplimiento de los objetivos del programa | Número de objetivos cumplidos | |
| | Realización de los objetivos de las actividades | Nivel de realización de los objetivos del programa | |
| | Estructuración y organización de actividades | Orden y organización en la realización de las actividades | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales y familiares) |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| | Empleo de método aceptado por los familiares | Realización de método aprobado por los padres | |
| | Empleo de método aceptado por los distintos profesionales | Realización de método supervisado previamente por los distintos profesionales | |
| | Temporalización | Especificación de la temporalización Suficiencia temporal para el empleo de dicho tratamiento | |
| Resultados | Impacto del programa | Número de niños que han recibido este programa | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales) |
| | Satisfacción de los familiares | Grado de complacencia de los padres | Cuestionario de satisfacción (familiares) |
| | Mejoras del programa | Cantidad de cambios a mejor empleados en el programa | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales y familiares) |
| | Demora de actividades | Empleo de mejoras en determinadas actividades | |
| Material | Disponibilidad | Nivel de servicio activo del material | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales y familiares) |
| | Calidad | Estado adecuado del material a emplear | |
| | Uso | Uso del material adecuado para cada actividad específica Uso correcto del material | |

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--|---|
| Instalaciones (UCIN) | Accesibilidad adecuada | Dificultad a la hora de acceder a la sala | Encuesta / entrevista y cuestionario de satisfacción (logopeda, profesionales y familiares) |
| | Dotación de material | Grado de reparación del material | |
| | Dotación tecnológica | Actualización de las tecnologías utilizadas | |
| | Acondicionamiento | Estado de la sala donde se lleva a cabo el programa | |
| | Higiene | Grado de limpieza en la sala | |
| | Seguridad | Nivel de seguridad en la sala | |
| | Calidad | Nivel de la instalación de la sala | |
| | Horarios de visitas | Adecuación del horario de visitas establecido | |
| | Personal disponible | Cantidad de personal en la sala sin necesidad estricta de ser los participantes en el programa | |
| Horario del personal | Calidad de los horarios | | |
| Familiares del neonato pretérmino | Implicación | Grado de participación | Encuesta / entrevista (logopeda, profesionales) |
| | Información | Nivel de conocimiento ante la situación | |
| | Conocimiento | Nivel de entendimiento de la situación | |
| | Cumplimiento de las normas | Seguimiento de las normas establecidas | |
| | Colaboración | Grado de participación | |

| | | | |
|----------|---------------------------|--|---|
| | Actitud | Nivel de enfrentamiento ante la situación | |
| | Interés | Nivel de disposición ante la situación | |
| | Motivación | Grado de incitación a colaborar | |
| Logopeda | Competencia | Nivel de aptitud que tiene el profesional logopeda | Encuesta / entrevista y cuestionario de satisfacción (familiares y profesionales) |
| | Motivación | Grado de implicación a realizar el programa | Encuesta / entrevista y cuestionario de satisfacción (familiares y profesionales) |
| | Uso adecuado del material | Utilización correcta del material | |
| | Habilidades comunicativas | Nivel de transmisión de la información | |
| | Formación | Cantidad de estudios realizados | |
| | Actitud | Nivel de disposición ante el programa | |
| | Interés | Nivel de disposición ante el programa | |
| | Implicación | Grado de participación voluntaria | |
| | Cercanía a los familiares | Grado de interés en establecer una relación cercana con los padres del usuario | |
| | Apoyo a los familiares | Nivel de implicación con los padres | |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| | Información a los familiares | Cantidad de información proporcionada | |
| | Coordinación con los otros profesionales | Comunicación que establece con sus compañeros Da instrucciones a sus compañeros con respecto a algún aspecto del programa | |
| Profesionales colaboradores | Competencia | Nivel de aptitud que tiene el profesional | Encuesta / entrevista y cuestionario de satisfacción (familiares y logopeda) |
| | Motivación | Grado de implicación a realizar el programa | |
| | Uso adecuado de los materiales | Utilización correcta del material | |
| | Habilidades comunicativas | Nivel de transmisión de la información | |
| | Formación | Cantidad de estudios realizados | |
| | Experiencia laboral | Tiempo trabajado | |
| | Actitud | Nivel de disposición ante el programa | |
| | Interés | Nivel de disposición ante el programa | |
| | Implicación | Grado de participación voluntaria | |
| | Cercanía a los familiares | Grado de interés en establecer una relación cercana con los padres del usuario | |

| | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------------|---|
| | Apoyo a los familiares | Nivel de implicación con los padres | |
| | Información a los familiares | Cantidad de información entregada | |
| | Coordinación entre ellos | Nivel de coherencia | Encuesta / entrevista y cuestionario de satisfacción (familiares) |
| | Coordinación con logopeda | Nivel de coordinación | |

NOTA: Se omite como técnica / instrumento la observación, debido a que lo considero esencial tanto para el programa como para responder a los diferentes instrumentos (encuesta / entrevista y cuestionario de satisfacción).

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL TRÍPTICO O TRÍADA FUNCIONAL

- Reflejos orales:
 - Reflejo de succión: PRESENTE / AUSENTE
 - Reflejo de búsqueda: PRESENTE / AUSENTE
 - Reflejo de deglución: PRESENTE / AUSENTE
 - Reflejo de mordida: PRESENTE / AUSENTE
 - Reflejo de tos: PRESENTE / AUSENTE
 - Reflejo de arcada: PRESENTE / AUSENTE
- Fuerza en la succión: NORMAL / ALTERADO
- Ritmo de succión: NORMAL / ALTERADO
- Coordinación de la tríada o tríptico funcional: NORMAL / ALTERADO

