

Importancia del Tratamiento Integral Precoz y Regular en Niños con Malformación Congénita de Labio y/o Paladar

María Cecilia Osorio N., Fonoaud.*

Carlos A. Mejía P. Od.**

Olga Patricia Argote B. ***

Isabel Cristina Osorio A.***

Alcira R. Viteri M. ***

Palabras claves (Keywords):

Malformación congénita
Tratamiento integral, precoz y regular.
Labio y/o paladar
Anomalías de desarrollo facial
Fisuras faciales.
Niños malformaciones

RESUMEN

Se presenta un artículo de un trabajo exploratorio, descriptivo y correlacional en una población dada de pacientes con labio y/o paladar fisurado, libres de síndromes ectodérmicos. Se revisan sus funciones neurovegetativas, respiratoria y fonatoria, estado otológico y auditivo, articulación del habla, como las características faciales, estomatológicas y de los órganos fonoarticuladores.

Se concluye que el tratamiento ideal para estas entidades, sobre todo por su complejidad, es la atención integral, precoz como regular en el tiempo. Evitando y corrigiendo conductas inadecuadas que producen defectos faciales notorios y desarrollo anormal del habla, con el consiguiente rechazo social.

Se entregan tablas estadísticas que confirman las conclusiones.

* Profesora Asistente, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali - Colombia.

** Profesor Asistente, Departamento de Estomatología, Universidad del Valle, Cali-Colombia.

*** Estudiantes, Plan de Estudios de Fonoaudiología, Universidad del Valle, Cali-Colombia.

- Trabajo de grado para obtener el título de Fonoaudiólogas, 1992.

INTRODUCCION

Durante el desarrollo de la cara, entre las semanas cuarta y octava de gestación, se produce la fusión de los procesos faciales que dan origen a los labios y al paladar.

Cualquier anomalía en el curso de este lapso, causa una fisura oral y/o facial identificable al nacimiento. La anomalía congénita del labio fisurado con o sin paladar fisurado y el paladar fisurado solo, son las dos condiciones más frecuentes dentro del complejo de fisuras faciales.

Las condiciones anatómicas y estéticas de individuos con esta entidad generan un conflicto social, no sólo en los aspectos estéticos y psicológicos, sino también por las implicaciones en los procesos de alimentación, fonación, articulación y audición. Los individuos con esta patología, debido a la compleja problemática que los afecta, requieren de una valoración e intervención por parte de un grupo multiprofesional del área de salud.

Para satisfacer estas necesidades viene funcionando, desde hace 3 años y medio, el programa de labio y/o paladar fisurado de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, que consiste en un conjunto de unidades y secciones académicas, hospitalarias, reunidas para atender de manera integral a individuos con esta problemática.

Teniendo en cuenta la prevalencia de la malformación,¹ de cada 1.000 nacimientos vivos, y con excepción de integralidad para la intervención, se consideró oportuno investigar el efecto que un conjunto de acciones realizadas por un equipo

especializado, tiene en la superación de las dificultades de individuo con esta entidad. Para tal efecto se evaluaron 30 sujetos inscritos en dicho programa.

Los pacientes con tratamiento precoz y regular mostraron un desempeño superior en todas las áreas evaluadas comparadas con aquellos cuyo tratamiento fue tardío y no regular. Los hallazgos anteriores sugieren que la atención integral precoz y regular contribuye a superar la problemática que su malformación les demanda.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo general

Determinar la importancia de la intervención precoz, regular e integral en pacientes con malformación congénita de labio y/o paladar.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar en la población de estudio las características y funciones que contribuyen a la expresión oral del lenguaje; características odontológicas y de órganos fonoarticuladores. Funciones neurovegetativas, fonatoria, respiratoria y articularia. Estado otológico y auditivo.

- Describir los resultados que manifiesten los grupos de pacientes precoces regulares, precoces no regulares, tardíos regulares y tardíos no regulares con respecto a los tópicos evaluados.

- Comparar los resultados de los grupos entre sí para determinar cómo contribuye el tratamiento precoz, integral y regular en la expresión oral.

2. METODOLOGIA

La presente investigación corresponde a un estudio exploratorio, descriptivo y correlacional.

En el proceso de selección de la población no se utilizaron métodos estadísticos con el fin de delimitar la muestra, debido al reducido número de pacientes que cumplieron con los criterios definidos para el estudio.

Por esta razón se utilizaron una serie de casos clínicos constituidos por los niños con fisura uni o bilateral del labio y/o paladar inscritos en el programa de la clínica de labio y/o paladar de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, y que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Edad entre 0 y 3 años.
- Niños que no presentaron otra malformación asociada a la del labio y/o paladar, o que ésta fuera parte de un síndrome, con el fin de evitar que repercutiera en las funciones evaluadas.
- Niños residentes en el perímetro urbano de Cali o ciudades del Valle.

Un total de 68 pacientes cumplieron con los criterios ya descritos. De este grupo se destacaron 16 niños por dirección incorrecta y 21 que no asistieron a la cita desconociéndose los motivos.

2.1 Variables del estudio

2.1.1 Variables dependientes

Características odontológicas: Configuración ósea y de tejido que determinan el perfil y el frente de la cara, la estructura de la cavidad oral, el tamaño de la boca, la relación de los dientes y el estado de los mismos.

- Características de los órganos fonoarticulares: aspectos estructurales y funcionales de los órganos endo y exobucuales.
- Funciones neurovegetativas.
- Funciones respiratoria y fonatoria.
- Estado otológico y auditivo.
- Función articulatoria del habla.

2.1.2 Variables independientes

Tratamiento con las siguientes modalidades:

- Ingreso precoz. Cuando el sujeto inicia su tratamiento antes de los 30 días de nacido.
- Ingreso tardío. Cuando el sujeto inicia su tratamiento después de 30 días de nacido.
- Regular. Cuando el sujeto asiste ininterrumpidamente a partir de su ingreso, como mínimo a dos de los tres servicios en los que se requiere un mayor tiempo de tratamiento (Otorrinolaringología, Odontología y Fonoaudiología).
- No regular. Cuando el sujeto no cumplía con los requisitos descritos para el tratamiento regular.

2.1.3 Variables intervinientes.

- Capacidad económica de la familia del paciente para continuar con el tratamiento.
- Información de los padres sobre el tratamiento.
- Lugar habitual de residencia del paciente.
- Estado general de salud del paciente.
- Disponibilidad de los padres u otros acudientes en términos de tiempo para que el menor asista a los servicios del programa.

2.2 Instrumentos

Se empleó una batería compuesta por siete formatos adicionalmente a la anamnesis de rigor que evaluaron los tópicos siguientes:

- Funciones neurovegetativas
- Organos fonoarticuladores
- Características estomatológicas
- Funciones respiratoria y fonatoria
- Estado otológico y auditivo
- Articulación del habla.

3. RESULTADOS

Con el fin de contabilizar los resultados, inicialmente se diseñaron tablas de

frecuencia y luego se realizaron cruces de variables. Cada una de éstas con la edad de ingreso al tratamiento y la regularidad en el mismo.

A partir de los resultados obtenidos se realizó el análisis con dos criterios:

Análisis estadístico: soporte cuantitativo de trabajo para el cual se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher.

Análisis clínico: conocimiento acerca del tema y de la realidad de la problemática que se observa en estos sujetos durante el tratamiento.

Los resultados que se describen fueron obtenidos teniendo en cuenta el tiempo de ingreso al programa (precoz y tardío) y la regularidad en el mismo (regular y no regular), conformándose los siguientes grupos:

Precoces regulares: Conformado por cinco sujetos, una de sexo femenino y cuatro de sexo masculino, cuyo rango de edad osciló entre siete meses y un año once meses, con un promedio de 1,3 años ($x=1,3$). El rango de tiempo del tratamiento estuvo comprendido entre seis meses, con un promedio de 1,25 años ($x=1,25$), todos los sujetos fueron evaluados en trabajo social, disfología, fonoaudiología y odontología, y cuatro en cirugía y otorrinolaringología.

Precoces no regulares: Conformado por trece sujetos, diez de sexo masculino y tres de sexo femenino. Cuyo rango de edad osciló entre ocho meses y tres años y seis meses, con un promedio de dos años ($x=2,0$). En este grupo no se pudo definir el promedio del tiempo del tratamiento puesto que estos pacientes se ausentaron en varias ocasiones por períodos prolongados. doce sujetos fueron evaluados en trabajo social, once en cirugía, diez en odontología, fonoaudiología y otorrinolaringología y sólo siete en dismorfología.

Tardíos regulares: Conformado por cuatro sujetos, tres de sexo femenino y uno de sexo masculino, cuyo rango de edad osciló entre dos años once meses, y tres años cinco meses, con un promedio de 3.16 años ($x=3,16$). El rango del tiempo de tratamiento estuvo comprendido entre dos

meses y dos años, nueve meses.

El porcentaje del tiempo no fue calculado debido a la gran diferencia de los valores, que estadísticamente no darían un promedio real. Todos fueron evaluados en trabajo social, fonoaudiología y odontología. Sólo tres fueron evaluados en cirugía y dismorfología.

Tardíos no regulares: Conformado por ocho sujetos, 5 de sexo masculino y 3 de sexo femenino, cuyo rango de edad osciló entre un año diez meses y tres años dos meses, con un promedio de 2.47 años ($x = 2.47$). Todos fueron evaluados en trabajo social y cirugía, siete en odontología, seis en dismorfología y fonoaudiología y cinco en otorrinolaringología.

3.1 Funciones neurovegetativas

En lo referente a las funciones

neurovegetativas, la característica de succión en los pacientes precoces y tardíos no mostraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la prueba de Fisher entre los subgrupos regular y no regular, excepto en la prevalencia de hábitos donde estuvo mejor en el subgrupo de los precoces no regulares. Clínicamente al anterior del grupo, se observó un mejor desempeño en los pacientes regulares para la mayoría de las variables. (Tablas 1 y 2).

Respecto a las características del proceso de deglución en los sujetos precoces y tardíos, se observó relación de dependencia estadística en la prevalencia de sialorrea, la cual fue mayor en el grupo no regulares. La posición alterada de la lengua predominó en los sujetos tardíos y no regulares (Tablas 3 y 4). Clínicamente los sujetos tardíos regulares mostraron un mejor de esta función.

Con relación a las alteraciones del proceso de masticación, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las variables. Sin embargo, se destaca el hecho de que los sujetos precoces regulares no presentaron dificultades y en los tardíos regulares los porcentajes fueron bajos. La fuerza débil para la trituración del alimento fue la alteración que tuvo un mayor porcentaje de presentación en precoces y tardíos no regulares (Tablas 5 y 6).

3.2 Organos fonoarticuladores

En cuanto a la movilidad de órganos fonoarticuladores en pacientes precoces, sólo se observó una relación de significancia estadística en la movilidad del labio superior entre los dos subgrupos de pacientes, siendo mejor en los pacientes regulares donde $P=0,05$ (Tabla 7).

Tabla 1. Características de la succión en pacientes precoces.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Posición inadecuada del cuerpo	2	40.0	6	40.2	0.617
Dificultad para succionar	1	20.0	5	38.5	0.439
Uso de ayudas	2	40.0	6	46.2	0.617
Posición alterada de los labios	0	0.0	3	23.1	0.350
Posición alterada de la lengua	0	0.0	4	30.8	0.233
Posición alterada de la mandíbula	0	0.0	1	7.7	0.722
Fuerza débil de succión	0	0.0	5	38.5	0.150
Movimientos asociados	0	0.0	0	0.0	—
Estado sicofuncional alterado	1	20.0	3	23.1	0.7
Prevalencia de hábitos	3	60.0	4	30.8	0.271

*Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares.

Tabla 2. Características de la succión en pacientes tardíos

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Posición inadecuada del cuerpo	0	0.0	1	12.5	0.67
Dificultad para succionar	1	25.0	6	75.0	0.151
Uso de ayudas	1	25.0	5	62.5	0.272
Posición alterada de los labios	1	25.0	7	87.5	0.272
Posición alterada de la lengua	1	25.0	5	62.5	0.066
Posición alterada de la mandíbula	1	25.0	7	87.5	0.066
Fuerza débil de succión	1	25.0	7	87.5	0.066
Movimientos asociados	1	25.0	2	25.0	0.763
Estado sicofuncional alterado	1	25.0	3	37.5	0.593
Prevalencia de hábitos	0	0.0	2	25.0	0.424

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares

Tabla 3. Características de la deglución en pacientes precoces.

*Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares.

Características	Regular		No-regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Prevalencia de sialorrea	0	0.0	8	61.5	0.029
Posición alterada de la lengua	0	0.0	7	53.8	0.05
Posición alterada de la mandíbula	0	0.0	1	7.7	0.722
Posición alterada de la cabeza	1	25.0	1	15.4	0.828
Dificultad para deglutir	0	0.0	3	23.1	0.350
Estado alterado de la lengua	0	0.0	2	15.4	0.509
Estado alterado de la musculatura extraríngea	0	0.0	3	23.1	0.350
Reflejo vagal alterado	1	25.0	2	15.4	0.828

Tabla 4. Características de la deglución en pacientes tardíos.

Características	Regular		No-regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Prevalencia de sialoreo	1	25.0	8	100.0	0.018
Posición alterada de la lengua	2	50.0	8	100.0	0.09
Posición alterada de la mandíbula	0	0.0	2	25.0	0.848
Posición alterada de la cabeza	1	25.0	4	50.0	0.424
Dificultad para deglutir	1	25.0	4	50.0	0.424
Estado alterado de la lengua	1	25.0	4	50.0	0.424
Estado alterado de la musculatura extraríngea	0	0.0	2	25.0	0.424
Reflejo vagal alterado	0	0.0	0	0.0	1
Prevalencia de hábitos	4	100.0	6	75.0	0.848

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares.

Tabla 6. Características de las funciones neurovegetativas en pacientes tardíos

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Dificultad de masticación	1	25.0	2	25.0	1.272
Fuerza débil de trituración	0	0.0	4	50.0	0.141
Coordinación masticación-deglución alterada	1	25.0	2	25.0	.272

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares

En el grupo de los sujetos tardíos no se encontraron datos estadísticamente significativos, sin embargo, se evidenció mejor movilidad en el subgrupo de

Tabla 8. Prevalencia de movilidad deficiente de los órganos fonoarticuladores en pacientes tardíos.

Organos	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Labio superior	1	25.0	5	62.5	0.272
Labio inferior	0	0.0	3	37.5	0.254
Paladar secundario	3	75.0	6	75.0	0.763
Lengua	0	0.0	3	37.5	0.254
Mandíbula	0	0.0	2	25.0	0.424

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no-regulares

Se encontró sensibilidad normal en la lengua y paladar secundario blando en precoces tardíos. Por el contrario, en los tardíos la mitad de los sujetos presentaron sensibilidad deficiente en labio y paladar primario (Tablas 9 y 10).

Tabla 5. Características de las funciones neurovegetativas en pacientes precoces

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Dificultad de masticación	0	0.0	2	15.4	0.573
Fuerza débil de trituración	0	0.0	5	61.5	0.207
Coordinación masticación-deglución alterada	0	0.0	1	7.7	0.764

* Porcentaje con base en 4 pacientes regulares 13 no-regulares

Tabla 7. Prevalencia de movilidad deficiente de los órganos fonoarticuladores en pacientes precoces.

Organos	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Labio superior	0	0.0	7	53.8	0.05
Labio inferior	0	0.0	1	7.7	0.727
Paladar secundario	3	80.0	9	69.2	0.824
Lengua	0	0.0	0	0.0	-----
Mandíbula	0	0.0	0	0.0	-----

*Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares

pacientes regulares al igual que en el grupo de pacientes precoces (Tabla 8).

Tabla 9. Prevalencia de sensibilidad deficiente de los órganos fonoarticuladores en pacientes precoces.

Organos	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Labios	0	0.0	2	15.4	0.509
Paladar primario	1	20.0	1	7.7	0.934
Paladar secundario duro	0	0.0	1	7.7	0.722
Paladar secundario blando	0	0.0	0	0.0	-----
Lengua	0	0.0	0	0.0	-----

*Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares.

Tabla 10. Prevalencia de sensibilidad deficiente de los órganos fonarticuladores en pacientes tardíos.

Organos	No regular		Regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Labios	2	50.0	4	50.0	0.726
Paladar primario	2	50.0	4	50.0	0.726
Paladar secundario duro	0	0.0	0	0.0	—
Paladar secundario blando	0	0.0	0	0.0	—
Lengua	0	0.0	0	0.0	—

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no

Tabla 11. Características de la estructura y forma de los órganos fonarticuladores en pacientes precoces.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Labio fisurado y/o frenillo medial sup. corto	3	60.0	5	38.5	0.318
Paladar primario fisurado	2	40.0	10	76.9	0.175
Paladar secundario duro fisurado	3	60.0	7	53.8	0.231
Paladar secundario blando fisurado	2	40.0	4	30.8	0.824
Estructura alterada de lengua	1	20.0	1	7.7	0.934
Estructura alterada de mandíbula	1	20.0	5	38.5	0.439
Forma de labio alterada	3	60.0	12	92.3	0.171
Forma paladar secundario duro alterado	3	60.0	8	61.5	0.727
Forma paladar secundario blando alterado	5	100.0	8	61.5	0.150

* Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares.

Tabla 12. Características de la estructura y forma de los órganos fonarticuladores en pacientes tardíos

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Labio fisurado y/o frenillo medial sup. corto	2	50.0	2	25.0	0.933
Paladar primario fisurado	3	75.0	5	62.5	0.565
Paladar secundario duro fisurado	4	100.0	5	62.5	0.254
Paladar secundario blando fisurado	0	0.0	3	37.5	0.254
Estructura alterada de lengua	0	0.0	0	0.0	—
Estructura alterada de mandíbula	2	50.0	4	50.0	0.727
Forma de labios alterada	4	100.0	5	62.5	0.254
Forma paladar secundario duro alterado	4	100.0	3	37.5	0.07
Forma paladar secundario blando alterado	3	75.0	6	75.0	0.763

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares

Tabla 14. Características de los dientes según la regularidad en pacientes tardíos

Características	Regul		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Implantación anormal	4	100.0	4	50.0	0.141
Prevalencia de anomalías de número	2	50.0	4	50.0	0.727

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no-regulares

En cuanto a las características de la estructura y forma de los órganos fonarticuladores tanto en los pacientes precoces como tardíos se encontraron defectos constitucionales en ambos grupos (Tablas 11 y 12).

Los hallazgos en el estado de los dientes reflejaron que los pacientes no regulares, tanto precoces como tardíos estuvieron en peores condiciones que los

regulares (Tablas 13 a 16). Los resultados obtenidos no muestran clínica ni estadísticamente diferencias significativas, y solamente confirman que debido a la malformación y edad de los niños se presentan alteraciones estructurales con implantación anormal, maloclusión dental, estado alterado de los dientes y anomalías de número.

Tabla 13. Características de los dientes según la regularidad en pacientes precoces.

Características	Regular		No-regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Implantación anormal	0	0.0	4	30.8	0.30
Prevalencia de anomalías de número	2	50.0	6	46.2	0.750

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 13 no regulares

Tabla 15. Alteración en el estado de los dientes y oclusión en pacientes precoces.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Estado alterado de los dientes	0	0.0	5	38.5	0.207
Oclusión alterada	1	33.3	8	80.0	0.201

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no-regulares

Tabla 16. Alteración en el estado de los dientes y oclusión en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Estado alterado de los dientes	0	0.0	4	50.0	0.141
Oclusión alterada	3	75.0	6	75.0	0.763

*Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares

3.3 Función respiratoria

Al igual que en el grupo de precoces, en los tardíos se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la

alteración de modos respiratorios en fonación, siendo más notorio en el subgrupo de no regulares. En cuanto al ritmo respiratorio, los precoces no regulares

presentaron una marcada alteración. Con relación al resto de variables, los sujetos regulares estuvieron en mejores condiciones (Tablas 17 y 18).

Tabla 17. Alteración de la función respiratoria en pacientes precoces.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Alteración del tipo respiratorio	0	0.0	2	15.4	0.50
Alteración del modo respiratorio en reposo	2	40.0	5	38.5	0.726
Alteración del modo respiratorio en fonación	1	20.0	9	69.2	0.014
Funcionalidad nasal deficiente	1	20.0	4	30.8	0.567
Permeabilidad nasal deficiente	1	20.0	2	15.4	0.827
Coordinación fonorespiratoria deficiente	0	0.0	4	30.8	0.233
Ritmo respiratorio alterado	1	20.0	8	61.5	0.146
Estado alterado de músculos extralaringeos	0	0.0	2	15.4	0.509

* Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares.

Tabla 18. Alteración de la función respiratoria en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Alteración del tipo respiratorio	0	0.0	1	12.5	0.333
Alteración del modo respiratorio en reposo	2	50.0	6	75.0	0.405
Alteración del modo respiratorio en fonación	1	25.0	6	75.0	0.151
Funcionalidad nasal deficiente	1	25.0	4	50.0	0.423
Permeabilidad nasal deficiente	1	25.0	4	50.0	0.423
Coordinación fonorespiratoria deficiente	2	50.0	3	37.5	0.847
Ritmo respiratorio alterado	1	25.0	2	25.0	0.763
Estado alterado de musc. extralar.	0	0.0	1	12.5	0.66

Porcentaje con base en 5 pacientes regulares y 13 no regulares.

3.4 Función fonatoria

Respecto a las características de la función fonatoria, no se encontraron

relaciones de dependencia estadística, estando en mejores condiciones el grupo de pacientes precoces regulares. En

general, las cualidades más comprometidas fueron el timbre y la resonancia (Tablas 19 y 20).

Tabla 19. Alteración de la función fonatoria en pacientes precoces.

Características	Regular		No-regular			Prueba exacta de Fisher	
	n	%	n	n	%		
Intensidad débil	0	0.0	5	5	38.5	13	0.150
Tono alterado	1	20.0	5	1	7.7	13	0.933
Timbre alterado	4	80.0	5	12	92.3	13	0.933
Ataque vocal alterado	0	0.0	3	3	30.0	10	0.419
Resonancia alterada	2	66.7	3	9	90.0	10	0.960

N: Número de pacientes con la alteración.
n: Número total de sujetos.

Tabla 20. Alteración de la función fonatoria en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fischer
	n	%	n	%	
Intensidad débil	1	25.0	3	37.5	0.593
Tono alterado	0	0.0	0	0.0	---
Timbre alterado	4	100.0	7	87.5	0.24
Ataque vocal alterado	1	25.0	2	25.0	0.783
Resonancia alterada	1	100.0	8	100.0	1

* Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares.

3.5 Función articulatoria

En lo referente a la evaluación de la función articulatoria, las Tablas 21 y 22 muestran la distribución de la población por edad, nivel lingüístico, tiempo de ingreso al programa y regularidad en el

mismo. En el grupo de precoces se encontró que la mayoría de los sujetos tenían entre 13 y 24 meses y se ubicaron en la etapa del juego vocálico. En el grupo de tardíos la mayoría tenía entre 25 y 36 meses, ubicándose casi en su totalidad en el primer nivel lingüístico.

En cuanto a la calidad del juego vocálico en el grupo de precoces, se evidenció que tanto regulares como no regulares presentaron un buen desempeño al igual que en el grupo de tardíos no regulares (en el grupo de tardíos no se encontraron sujetos con tratamiento regular).

Tabla 21. Distribución de los pacientes según edad y nivel lingüístico

Rango de edad (meses)	Juego vocálico				1er. Nivel lingüístico	
	Regulares		No-regulares		No regulares	
	N	%	N	%	N	%
0 - 12	2	40.0	3	60.0		
13 - 24	3	37.5	5	62.5		
25 - 36			1	100.0	1	100.0
37 y más			2	100.0	1	100.0

En lo que corresponde a la cantidad del juego vocálico, los precoces regulares estuvieron en mejores condiciones que los precoces tardíos y no regulares, observándose mayores diferencias que las encontradas en la calidad del mismo (Tablas 23 y 24).

En las características de la articulación de acuerdo al modo 1 en el grupo de precoces no regulares se observó un mayor porcentaje de ausencia en los fonemas fricativos /x/, /β/, /s/, vibrante simple /r/, seguidos en su orden por las oclusivas /p/, /b/, /t/, /d/, /k/, /g/.

Tabla 22. Distribución de los pacientes tardíos según edad y nivel lingüístico.

Rango de edad (meses)	Juego vocálico				1er. Nivel lingüístico	
	No-Regulares		Regulares		No regulares	
	N	%	N	%	N	%
0 - 12						
13 - 24	3	100.0				
25 - 36	1	100.0	2	50.0	2	50.0
37 y más			2	50.0	2	50.0

En el grupo de tardíos regulares y no regulares, se encontró que los fonemas de más difícil articulación fueron el vibrante simple /r/ y el africado /c/, seguido por las fricativas y oclusivas. (Tablas 25 y 26).

Tabla 23. Características del juego vocálico en pacientes precoces

Características	Regulares		No-regulares	
	n	%	n	%
Calidad:				
Prosodia semejante adulto	5	100.0	9	81.0
Pseudovocales	5	100.0	11	100.0
Pseudoconsonantes	5	100.0	11	100.0
Combinaciones	5	100.0	10	90.0
Cantidad:				
Perseverativo	0	0.0	3	27.0
Pobreza de producciones	3	60.0	11	100.0
Abundancia de producciones	2	40.0	0	0.0

Tabla 24. Características del juego vocálico en pacientes tardíos

Características	No regulares	
	n	%
Calidad:		
Prosodia semejante adulto	4	100.0
Pseudovocales	4	100.0
Pseudoconsonantes	3	75.0
Combinaciones	3	75.0
Cantidad:		
Perseverativo	0	0.0
Pobreza de producciones	4	100.0
Abundancia de producciones	0	0.0

Tabla 25. Características de la articulación de acuerdo al Modo en pacientes precoces.

Características	No regulares	
	n	%
Ausencia fonemas oclusivos	8	72.7
Ausencia fonemas nasales	2	50.0
Ausencia fonemas laterales	2	50.0
Ausencia fonema fricativo	5	100.0
Ausencia fonema africado	1	50.0
Ausencia fonemas vibrante simple	2	100.0
Ausencia fonema vocálico	1	10.0

n: Número de veces que cada grupo de fonemas estuvo ausente. Porcentaje con base en 2 pacientes.

Tabla 26. Características de la articulación de acuerdo al Modo en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba estadística
	n	%	n	%	
Ausencia de fonemas oclusivos	12	57.1	12	57.1	0.097
Ausencia de fonemas nasales	2	18.2	1	10.0	0.537
Ausencia de fonemas laterales	2	25.0	6	75.0	0.064
Ausencia de fonemas fricativos	7	58.3	10	100.0	0.03
Ausencia de fonemas africados	3	100.0	---	---	---
Ausencia de fonema vibrante simple	4	100.0	4	100.0	---
Ausencia de fonemas vocálicos	1	5.0	0	0.0	0.54

---Fonemas no evaluados N número de veces que cada grupo de fonemas estuvo ausente.

* Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 4 no regulares.

Tabla 27. Características de la articulación de acuerdo al Punto en pacientes precoces.

Características	No-regulares	
	N	%
Ausencia de fonemas bilabiales	3	60.0
Ausencia de fonemas dentales	2	50.0
Ausencia de fonemas alveolares	4	66.7
Ausencia de fonemas alveopalatales	4	66.7
Ausencia de fonemas labiodentales	2	40.0
Ausencia de fonemas velares	5	100.0

n: número de veces que cada grupo de fonemas estuvo ausente. Porcentaje con base en 2 pacientes.

De acuerdo al punto de articulación, el grupo de precoces no regulares manifestó mayor dificultad en la articulación de fonemas velares /k/, /g/, /x/seguido de los alveopalatales /c/, /s/, /j/ y /ñ/, y alveolares como la /t/, /n/ y /l/.

El grupo de los tardíos, los no regulares, tuvieron más comprometido el fonema labiodental /f/ y los velares, mientras que a los regulares se les dificultaron los fonemas dentales /t/ y /d/. Estadísticamente no se evidenciaron diferencias significativas, pero el grupo de regulares presentó menos dificultades. (Tablas 27 y 28). En lo referente al matiz glotal, tanto el grupo de precoces como el de tardíos, presentó un mayor porcentaje de ausencia en los fonemas sordos. En el grupo de tardíos no se evidenciaron relaciones de dependencia estadística. (Tablas 29 y 30)

En lo referente a los patrones de articulación compensatoria de acuerdo al rasgo de modo, en los sujetos precoces se encontró mayor porcentaje de omisiones; los fonemas más omitidos fueron el vibrante simple, los laterales y los fricativos. Los fonemas que más se sustituyeron fueron los oclusivos y el vibrante simple.

En el grupo de tardíos se destaca en general que los sujetos regulares presentaron mayores porcentajes de sustitución.

Los porcentajes más elevados de omisiones se encontraron en el subgrupo de no regulares.

El fonema más sustituido (regulares y no regulares) fue el vibrante simple, seguido de los laterales, fricativos y oclusivos. (Tablas 31 y 32).

Tabla 28. Características de la articulación de acuerdo al Punto en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba estadística
	n	%	n	%	
Ausencia de fonemas bilabiales	4	30.8	4	36.4	0.549
Ausencia de fonemas dentales	4	66.7	2	40.0	0.94
Ausencia de fonemas alveolares	6	54.5	8	66.7	0.433
Ausencia de fonemas alveopalatales	8	57.1	7	63.6	0.53
Ausencia de fonemas labiodentales	2	50.0	3	100.0	0.285
Ausencia de fonemas velares	6	54.5	9	81.8	0.329

N: número de veces que cada fonema estuvo ausente * porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 4 no regulares.

Tabla 29. Características de la articulación de acuerdo al Matiz Glotal en pacientes precoces.

Características	No regulares	
	n	%
Ausencia fonemas sordos	24	66.7
Ausencia fonemas sonoros	27	67.4

n: Número de veces que cada grupo de fonemas estuvo ausente. *Porcentaje con base en 2 pacientes no regulares.

Tabla 30. Características de la articulación de acuerdo al Matiz Glotal en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fisher
	n	%	n	%	
Ausencia de fonemas sordos	16	59.3	14	60.9	0.164
Ausencia de fonemas sonoros	14	46.7	19	61.3	0.790

n. Número de veces que cada grupo de fonemas estuvo ausente. * Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 4 no-regulares.

Tabla 31. Patrones de articulación compensatoria de acuerdo al Modo en pacientes precoces.

Sustituciones	No regulares		Omisiones	No regulares	
	n	%		n	%
Oclusivos	1	66.7	Oclusivos	8	61.5
Nasales	2	33.3	Nasales	2	33.3
Laterales	0	00.0	Laterales	4	100.0
Fricativos	2	33.3	Fricativos	4	66.7
Africados	0	00.0	Africados	1	50.0
Vibrante simple	2	100.0	Vibrante Simple	2	100.0
Vocálicos	2	20.0	Vocálicos	3	30.0

n: Número de veces que cada grupo de fonemas fue omitido o sustituido. * Porcentaje con base en 2 pacientes no regulares.

Con relación a los patrones de articulación utilizados para el rasgo de punto, los hallazgos en los sujetos precoces reflejaron un mayor porcentaje de sustituciones en los fonemas dentales y alveolares y mayor porcentaje de omisiones en los alveolares, velares y alveopalatales.

En los sujetos tardíos los fonemas más sustituidos fueron los dentales seguidos de los labiodentales y alveolares. Se observó mayor porcentaje de sustituciones en el subgrupo de regulares.

Los fonemas más omitidos fueron los velares, alveolares y bilabiales. El subgrupo de los no regulares presentó el más alto porcentaje de omisiones. (Tablas 33 y 34).

3.6. Estado otológico y auditivo

En lo referente al estado otológico en los pacientes precoces regulares y no regulares, se evidenciaron porcentajes de alteración en Otitis y Otorrea. No se encontró compromiso a nivel del estado auditivo en ninguno de los subgrupos (Tablas 37 y 38).

En lo referente al matiz glotal se observó mayores porcentajes de sustituciones y omisiones de los fonemas sordos en los dos grupos de sujetos. (Tablas 35 y 36).

4. DISCUSION

Los datos obtenidos en cuanto a la asistencia en el área de otorrinolaringología, muestran una baja prevalencia de otitis media en todos los grupos, la gran mayoría de estos sujetos realizaron sus controles periódicos, lo que contribuyó a la prevención de esta entidad, que en la literatura se describe como frecuente en la población con fisura de paladar.²

El hecho de haber encontrado en los resultados de las funciones neurovegetativas mayor cantidad de alteraciones en la población cuyo tratamiento fue tardío y no regular, mostró que la falta de una estimulación orientada hacia la prevención y corrección de conductas inadecuadas, se refleja en el mal desempeño de estos

Tabla 32. Patrones de articulación compensatoria de acuerdo al Modo en pacientes tardíos.

Fonemas sustituidos	Regular		No regular		Prueba estadística	Fonemas Omitidos	Regular		No regular		Prueba Estadística
	N	%	N	%			N	%	N	%	
Oclusivos	14	58.3	11	45.8	0.33	Oclusivos	11	45.8	15	62.5	0.755
Nasales	3	25.0	2	16.7	0.498	Nasales	1	8.3	2	16.7	0.499
Laterales	2	25.0	2	25.0	0.714	Laterales	4	50.0	8	100.0	0.083
Fricativos	7	58.3	6	50.0	0.0	Fricativos	7	58.3	6	66.7	0.400
Africados	3	75.0	0	0.0	0.071	Africados	0	0.0	1	25.0	0.5
Vibrante simple	4	100.0	3	75.0	0.5	Vibrante simple	2	75.0	3	75.0	0.785
Vocálicos	2	10.0	8	40.0	0.032	Vocálicos	2	16.0	4	20.0	0.032

N: Número de veces en que cada grupo de fonemas fue omitido o sustituido.
 *: Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares.

Tabla 33. Patrones de articulación compensatoria de acuerdo al Punto en pacientes precoces.

Sustituciones	No regulares		Omisiones	No regulares	
	n	%		n	%
Bilabiales	3	50.0	Bilabiales	3	50.0
Dentales	4	100.0	Dentales	2	50.0
Velares	1	16.7	Velares	4	66.7
Alveolares	4	66.7	Alveolares	5	83.3
Labiodentales	1	50.0	Labiodentales	1	50.0
Alveopalatales	1	12.5	Alveopalatales	5	62.5

n: Número de veces que cada grupo de fonemas fue omitido o sustituido.
 *: Porcentaje con base en 2 pacientes no regulares.

Tabla 34. Patrones de articulación compensatoria de acuerdo al Punto en pacientes tardíos.

Fonemas sustituidos	Regular		No regular		Prueba estadística	Fonemas Omitidos	Regular		No regular		Prueba Estadística
	N	%	N	%			N	%	N	%	
Bilabiales	6	60.0	4	33.3	0.338	Bilabiales	5	41.7	7	58.3	0.160
Dentales	5	62.5	6	75.0	0.498	Dentales	2	25.0	2	25.0	0.714
Velares	4	33.3	2	16.7	0.318	Velares	8	66.7	10	83.3	0.320
Alveolares	7	58.3	5	41.7	0.166	Alveolares	7	58.3	8	66.7	0.498
Labiodent.	3	75.0	2	50.0	0.499	Labiodent.	1	25.0	2	50.0	0.5
Alveopal.	8	60.0	5	31.3	0.518	Alveopal.	3	18.8	8	50.0	0.061

N: Número de veces en que cada grupo de fonemas fue omitido o sustituido.
 *: Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares.

procesos, los cuales son preparatorios para el desarrollo del habla.³

La mayor prevalencia de patrones de succión alterados en los sujetos con tratamiento precoz y regular concuerda con los hallazgos⁴ que indican que desde el período embrionario, en el sujeto con fisura labial, los movimientos bucales se modifican notablemente, tanto por la patomorfología de labio como por la alteración gradual y progresiva del crecimiento de los distintos

procesos adyacentes, instaurándose desde esta etapa un inadecuado patrón de succión. La prevalencia de hábitos de deglución fue mayor en los sujetos tardíos regulares. En este caso se trata de conductas nocivas, lo cual se justifica porque no se inició tempranamente la corrección, además, el hecho de ser tardíos implica que su período de tratamiento no fue prolongado. Esto concuerda con lo expresado por Shrager⁵ quien anota que si el paladar permanece

abierto durante los primeros años de vida y no se le corrige protésica o quirúrgicamente, los patrones de crecimiento lingual y su funcionamiento quedan alterados, dado que el defecto es de origen embrionario. Los hallazgos sobre alteraciones de la función de masticación en el grupo de tardíos no regulares puede explicarse porque estos sujetos presentaron movilidad alterada de labios, lengua y mandíbula que impiden la realización de los movimientos laterales para desplazar el alimento de uno a otro lado de la cavidad oral.

Respecto a la movilidad de los órganos fonarticuladores, ninguno de los sujetos con tratamiento precoz y regular, presentó alteración de la movilidad del labio superior, a pesar de mostrar secuela cicatrizal (tratamiento quirúrgico).

El movimiento fue recuperado por la estimulación constante. Se encontró movilidad deficiente de labio superior en siete sujetos precoces no regulares, de los cuales sólo a uno se le realizó oportunamente la cirugía de labio (tres meses de edad). Este dato es significativo ya que la estructura y los movimientos musculares no se pueden normalizar únicamente por el acto quirúrgico, pues la cicatriz resultante puede impedir una funcionalidad adecuada.⁶ Además, el hecho de no ser regulares en su tratamiento disminuye las posibilidades de una ejercitación permanente.

La movilidad alterada del paladar secundario blando en todos los grupos se debió a: un gran porcentaje de pacientes no recibió tratamiento quirúrgico, unos por no cumplir con la edad requerida (18 meses) y otros por haber ingresado tardíamente al programa.

La sensibilidad deficiente en el paladar primario en todos los grupos, a excepción de los precoces regulares, puede deberse a un error en la interpretación de la respuesta de los pacientes, ya que la disminución de sensibilidad a este nivel, es consecuencia del proceso cicatrizal y ninguno de los sujetos estaba operado de paladar primario.

La disminución de la sensibilidad del

Tabla 35. Patrones de articulación compensatoria de acuerdo al Matiz Glotal en pacientes precoces.

Sustituciones	No-regulares		Omisiones	No-regulares	
	n	%		n	%
Fonemas sordos	6	42.8	Fonemas sordos	9	64.3
Fonemas sonoros	8	44.4	Fonemas sonoros	11	61.1

n: Número de veces que cada grupo de fonemas fue omitido o sustituido.
 *: Porcentaje con base en 2 pacientes no-regulares.

Tabla 36. Patrones de articulación compensatoria de acuerdo al Matiz Glotal en pacientes tardíos.

Fonemas sustituidos	Regular		No regular		Prueba estadística	Fonemas Omitidos	Regular		No regular		Prueba Estadística
	N	%	N	%			N	%	N	%	
Sordos	19	67.8	12	42.8	2.601	Sordos	13	46.4	18	64.3	1.158
Sonoros	14	38.9	12	33.3	0.060	Sonoros	13	36.1	19	52.8	0.900

N: Número de veces en que cada grupo de fonemas fue omitido o sustituido.
 *: Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 4 no regulares.

Tabla 37. Estado otológico y auditivo en pacientes precoces

Características	Regular		No-regular		Prueba exacta de Fisher
	n	%	n	%	
Prevalencia de otalgia	2	50.0	4	50.0	0.726
Prevalencia de otorrea	2	50.0	4	50.0	0.726
Alteración actual de la membrana timpánica	0	0.0	0	0.0	-----
Alteración de la audición	0	0.0	0	0.0	-----
Prevalencia de otitis media	0	0.0	0	0.0	-----

* Porcentaje

Tabla 38. Estado otológico y auditivo en pacientes tardíos.

Características	Regular		No regular		Prueba exacta de Fisher
	n	%	n	%	
Prevalencia de otalgia	0	0.0	1	18.7	0.660
Prevalencia de otorrea	0	0.0	0	0.0	-----
Alteración actual de la membrana timpánica	0	0.0	1	18.7	0.660
Alteración de la audición	0	0.0	0	0.0	-----
Prevalencia de otitis media	1	25.0	0	0.0	0.367

* Porcentaje con base en 4 pacientes regulares y 8 no regulares.

labio se explica por la cirugía (labio) practicada en la mayoría de la población estudiada. En los pacientes precoces regulares no hubo alteración a este nivel, hallazgo que se debe a la estimulación a la que se aludió al punto de movilidad.

La alteración del modo respiratorio en fonación se relaciona con la movilidad deficiente de paladar blando y hace parte de lo que la literatura describe como incompetencia velofaríngea.⁷ Se destaca el hecho de que en los sujetos con tratamiento

precoz y regular, los porcentajes de alteración del modo respiratorio fueron menores, lo cual se justifica por las actividades que se llevan a cabo durante el proceso de intervención a fin de disminuir paulatinamente el escape nasal durante la fonación.

Los hallazgos del modo respiratorio alterado en reposo, predominaron en el grupo de sujetos tardíos no regulares. Esta conducta se explica por el alto porcentaje de deficiencia en la permeabilidad y

funcionalidad nasal que lleva a una respiración oral.⁸

En lo referente a las cualidades vocales, los sujetos no regulares mostraron mayor porcentaje de alteración. El más comprometido en todos los grupos fue el timbre.

Estos hallazgos también se relacionaron con el funcionamiento inadecuado del mecanismo velofaríngeo, el cual disminuye la cantidad de aire que llega a la cavidad oral y por ende, la resonancia en este lugar debido a la modificación estructural presente (paladar fisurado).

Los hallazgos sobre respiración y fonación (anteriormente mencionados), que en su mayoría favorecen a los sujetos con tratamiento precoz sobre todo regular, se justifican por los procedimientos terapéuticos que se llevan a cabo con el fin de disminuir paulatinamente el escape nasal durante el habla y mejorar las cualidades vocales.

La distribución de la población por edad y nivel lingüístico, muestra que el 50% de los sujetos están aún en la etapa del juego vocálico, cuando deberían estar en el primer nivel lingüístico. Este retardo se explica por el gran porcentaje de tratamientos no regulares por la intervención indirecta que está influida por variables externas al tratamiento.

En relación al juego vocálico, los hallazgos mostraron que la calidad no es modificable por el tiempo de ingreso al programa y la regularidad en el mismo. En cuanto a la cantidad, la pobreza de producciones en todos los grupos con excepción de los procesos regulares, indica que la intervención temprana y constante puede incrementar las producciones en la etapa prelingüística.

En lo que concierne a las características articulatorias según el modo, el porcentaje elevado de ausencia en los fonemas fricativos y africados, se explica por qué a estos hablantes,⁹ se les dificulta producir el ruido de fricción, resultante del escape de presión entre los dientes, labios y lengua, necesario para su emisión. El alto porcentaje de patrones no articulación compensatoria, concuerda con lo expresado

por Morris¹⁰ quien explica que los sonidos con rasgo de fricción son los más factibles a ser alterados porque su emisión es prolongada y están sujetos a más variaciones que otros sonidos del habla. Además de esto, la discrepancia entre las áreas dentales y la ausencia de incisivos superiores produce la falta de una barrera necesaria para la cual el flujo aéreo es liberado durante producción de fricativas.

El desempeño deficiente para la producción de fonemas de rasgo oclusivo /p/, /b/, /t/, /d/, /k/ y /g/, hace parte de las consecuencias de la incompetencia velofaríngea.

La alteración de este mecanismo ocasiona que la mayor parte del aire y la presión, salgan por la nariz en lugar de ser conectados por la boca a los otros articuladores, llevando al niño a la producción del rasgo de explosión. La alteración de los fonemas oclusivos justifica el pobre desempeño de los fricativos, pues la aparición de los problemas fricativos (dentro del desarrollo fonológico) implica la adquisición previa de los oclusivos.¹¹

Es importante mencionar que aunque los fonemas nasales fueron los menos alterados, estos sujetos presentaron en general, emisión nasal de presión aérea audible que distorsiona en muchos casos la captación acústica de los sonidos producidos.

La ausencia de los fonemas velares, así como el elevado porcentaje de omisiones en los mismos, forma parte de la incompetencia velofaríngea, puesto que el contacto entre el velo del paladar y la pared faríngea posterior no se lleva a cabo en su totalidad.

La ausencia de alveolopalatales, alveolares y dentales confirma lo expresado por Mc Williams¹² quien concluye que los sonidos que involucran contactos linguales tienden a estar más defectuosos que los que sólo involucran los labios, dada la alteración estructural del paladar.

El hecho de que los fonemas de punto de articulación labial hayan presentado un bajo compromiso de alteración se debe a varias razones: Estos sonidos constituyen

las primeras adquisiciones consonánticas y, según refiere Jacobson,¹³ por ser fonemas de punto articulatorio anterior, tienen una aparición más temprana durante el desarrollo fonológico del niño. Además, el uso de movimientos compensatorios del labio inferior con los dientes superiores producen sonidos acústicamente aceptables. Esto se confirma con los hallazgos de movilidad normal del labio inferior de la mayoría de la población.

Los hallazgos de mayor alteración en los fonemas de matiz glotal sordo, coinciden en lo que reporta la literatura¹⁴ respecto a qué individuos con esta malformación articulan mal los fonemas sordos con más frecuencia que los sonoros.

A pesar de que todos los grupos de pacientes mostraron dificultades para la articulación de fonemas, por las razones expuestas, se destacan hechos importantes al comparar unos aspectos como otros: los sujetos con tratamiento regular presentaron un mejor desempeño en la función articulatoria ya que, en general los porcentajes de ausencia de fonemas según modo, punto y matiz, fueron menores que los no regulares. Este hecho sugiere que están más próximos a lograr su consolidación y que el tratamiento continuo ha contribuido en ello. Además, el mismo grupo (regulares) tuvo menores porcentajes de omisiones y mayores porcentajes de sustituciones, lo cual indica que en lugar de omitir un fonema realizan cada vez una mayor aproximación a la producción real del mismo. Este mejor desempeño implica que el equilibrio muscular de los órganos fonarticuladores, la modificación gradual y progresiva de los diferentes puntos, modos y matices articulatorios y por consiguiente, el incremento en la producción oral lingüística, se logra con una intervención regular prolongada directa y/o indirecta, que se efectúe paralelamente con la corrección anatómica de la cavidad oral.

5. CONCLUSIONES

-Los sujetos precoces y regulares evidenciaron menores alteraciones en las

funciones neurovegetativas, fonatoria y articulatoria.

Tales hallazgos sugieren que este tipo de tratamiento previene y corrige conductas inadecuadas que inciden negativamente en el desarrollo normal de la expresión oral. Promueve la ejercitación de los órganos fonoarticuladores y paulatinamente mejora las cualidades vocales.

-La regularidad en el tratamiento integral, más que el tiempo de ingreso, es un factor fundamental en lo que concierne a logros en el lenguaje expresivo. Esto demuestra que para alcanzar la consolidación de los rasgos de los fonemas (modo, punto y matiz glotal) y por lo consiguiente, un incremento de la producción oral, es necesario una estimulación ante todo continúa y prolongada.

-La asistencia temprana y regular al servicio de otorrinolaringología permite la detección oportuna, el control y seguimiento de alteraciones otológicas a fin de prevenir pérdidas auditivas que incidan en el desarrollo del habla.

-El hecho de realizar las intervenciones

quirúrgicas a edades oportunas, además de un tratamiento regular, favorece el equilibrio muscular y la funcionalidad de los órganos fonoarticuladores.

SUMMARY

-It is presented an article of an exploratory, descriptive and correlated study in a population of patients with palate and/or lip fisures, with no ectodermic syndromes. It is analyzed their neurovegetative, respiratory and phonologic functions, the otological and auditive state, speech articulation, as well as their facial estomathological and phono articulator characteristics.

-It is concluded that the ideal treatment for these entities, specially for their complexity, is the integral, precocious and regular, on time, attention. Preventing and correcting inadequate conducts that produce notorius defects and abnormal development of speech, with the consequent social reject.

-Statistical tables are given to confirm the conclusions.

BIBLIOGRAFIA

1. ISAZA, C.; MANRIQUE, L. Anomalías y síndromes asociados con labio y paladar fisurado. *Revista Colombia Médica*. 22 (2): pp. 55-61, 1991.
2. BLUESTONE, stool. *Pediatric Otolaryngology*, Vol. 2 WB Saunders Co. Philadelphia, 1983.
3. REYES, M.P. Relación entre las diferentes disciplinas médicas que intervienen en la correlación de hábitos orofaciales. *Revista Mensaje*. Vol. 10. pp. 59-69, 1987.
- 4/5. SHARAGER, O. DE QUE IROZ, J.B. Patología de la comunicación. Centro Médico de Investigaciones Foniátricas y Audiológicas. Suplemento No. 6. Buenos Aires, 1982.
6. SHAREGER, O. GNOISKI, W. NUESBEAUMER, H.; KISTLER, E. Ears and Maxillares Orthopedics in cleft lip and palate cases: Guidelines for surgery. *J. Cleft. Pal.* 15 (14), 1978.
- 7/8. Mc WILLIAM, M. STTELTON. Cleft palate speech: Saint Louis. The Mosby Company, 1984.
9. ISUNZA, A. et al. Importancia de la articulación en el diagnóstico y tratamiento del paciente con paladar hendido. En: *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*. 16 (4), 1990.
10. MORRIS. Citado por WILLIAMS en: *Cleft Palate Speech* Saint Louis. The Mosby Company, 1984.
11. PAVEZ, M., et al. Trastornos fonológicos en niños con retraso simple del lenguaje. El uso de fonemas consonánticos. *Revista de Logopedia y Fonoaudiología*. Vol. VI. (4), Santiago de Chile, 1986.
12. Mc WILLIAMS, B.J. Communication Disorders Associated with Cleft Palate En: VAN HATTUM, R.J., *Communicative Disorders*, An introduction. MacMillan, Ed. New York, 1980.
13. JACOBSON, R. *Lenguaje infantil y afasia*. Editorial Ayuso, Madrid, 1974.
14. PERELLO, J., *Trastornos del habla*. Tercera edición. Editorial Científica Médica, Barcelona, 1977.