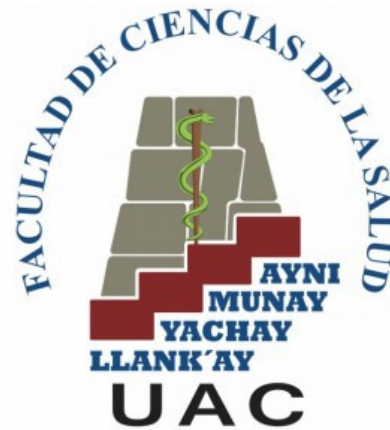




UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA



TESIS

---

EVALUACIÓN FONÉTICA POSTQUIRÚRGICO EN  
PACIENTES CON LABIO LEPORINO Y PALADAR  
HENDIDO SEGÚN CEFI EN EL HOSPITAL REGIONAL,  
2019 CUSCO.

---

Para optar al Título Profesional de  
CIRUJANO DENTISTA

Presentado por Srta.

BACHILLER CHAMPI VALENCIA YENIFERT

Asesor:

DR. ESP. CESAR ENRIQUE HERRERA  
MENENDEZ

CUSCO – PERU - 2019



INDICE

INTRODUCCION

1. CAPITULO

- 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....1
- 1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....6
- 1.3. OBJETIVOS.....6
  - 1.3.1. OBJETIVO GENERAL .....6
  - 1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....6
- 1.4. JUSTIFICACION .....6
- 1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....8
- 1.6. ASPECTOS ETICOS.....8

2. CAPITULO II

- 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....9
  - 2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....9
  - 2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....12
  - 2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES .....14
- 2.2. BASES TEORICAS.....16
  - 2.2.1. PRODUCCIÓN DEL HABLA.....16
    - 2.2.1.1. DEFINICIÓN DEL HABLA .....16
    - 2.2.1.2. FISIOLÓGÍA DE LA PRODUCCIÓN DEL HABLA .....16
    - 2.2.1.3. LOS FONOS DEL ESPAÑOL .....17
    - 2.2.1.4. ALTERACIONES DE HABLA .....18
  - 2.2.2. LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.....20
    - 2.2.2.1. EPIDEMIOLOGIA.....20
    - 2.2.2.2. CAUSAS.....21
    - 2.2.2.3. CLASIFICACIÓN.....21
    - 2.2.2.4. IMPLICACIONES FUNCIONALES ASOCIADAS A LA  
FISURA LABIOPALATINAS .....22
    - 2.2.2.5. IMPACTO SOBRE LA CONDICIONES GENERALES.....22
    - 2.2.2.6. CIRUGÍAS.....23
  - 2.2.3. CUIDADO POSQUIRÚRGICO DEL NIÑO CON LABIO  
LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.....23
    - 2.2.3.1. PREPARACIÓN ODONTOLÓGICA.....24
- 2.3. MARCO CONCEPTUAL.....24
  - 2.3.1. FONACIÓN.....24
  - 2.3.2. ARTICULACIÓN.....24
  - 2.3.3. PALADAR HENDIDO.....25
  - 2.3.4. LABIO LEPORINO.....25
  - 2.3.5. FONOLOGÍA.....25
  - 2.3.6. FONÉTICA.....25
  - 2.3.7. TRASTORNO FONÉTICO.....25
  - 2.3.8. TRASTORNO FONOLÓGICO.....26
  - 2.3.9. POST OPERATORIO.....26



2.3.10.	CEFI.....	26
2.3.11.	CPOD.....	27
2.4.	VARIABLE E INDICADOR.....	27
2.5.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	28
<b>3.</b>	<b>CAPITULO III</b>	
	<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>	
3.1.	TIPO DE INVESTIGACION.....	29
3.2.	DISEÑO DE INVESTIGACION.....	29
3.3.	POBLACION Y MUESTRA.....	30
3.4.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
3.5.	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.....	30
3.6.	PROCEDIMIENTO.....	31
3.6.1.	PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.....	31
3.6.2.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	31
3.7.	RECURSOS.....	32
3.7.1.	RECURSOS HUMANOS.....	32
3.7.2.	RECURSOS FISICOS.....	32
3.7.3.	RECURSOS FINANCIEROS.....	32
3.8.	EQUIPO, INSTRUMENTO Y MATERIALES.....	32
3.9.	CAMPO DE INVESTIGACION.....	32
3.10.	TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS .....	33
<b>4.</b>	<b>CAPITULO IV</b>	
	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	34
<b>5.</b>	<b>CAPITULO V</b>	
	DISCUSIÓN .....	40
	CONCLUSIONES.....	43
	SUGERENCIAS.....	44
	BIBLIOGRAFIA.....	45
<b>6.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	48



## INTRODUCCION

Medir la calidad de la voz en personas que tienen dificultades al hablar como por ejemplo en pacientes con labio leporino y paladar hendido consiste en cuantificar diferentes características acústicas de la voz las cuales permitan compararla respecto a ciertos patrones de referencia. (1) Una medida de la calidad acústica de la voz basada en una valoración auditiva es intrínsecamente difícil de establecer como referencia comparativa entre distintas voces y distintos evaluadores. (2) En esta tesis lo que se pretende es objetivar la medida de la calidad de voz por medio de medidas clínicas multidimensionales basadas en un cuestionario. Tomando en consideración varios estudios de análisis de la voz, teniendo como requisito la evaluación post quirúrgica de labio leporino y paladar hendido.



## RESUMEN

Tiene como objetivo general la Evaluar la Fonación Posquirúrgica en Pacientes con Labio Leporino y Paladar Hendido, según CEFI en el Hospital Regional Cusco, 2019.

La metodología de la población consta de 14 pacientes y la muestra de 10 pacientes, se aplicó el “cuestionario para la evaluación de la fonación infantil” CEFI que evaluó la fonación de las consonantes en todas sus opciones mediante una actividad de nombrado (cuestionario), que consta de 49 láminas.

Teniendo como resultado del grupo según la secuencia de adquisición de los sonidos. que las consonantes orales y consonantes nasales se encuentran en relación a MODIFICADO – NORMAL, las consonantes sordas no continuas, las sordas continuas y laterales se encuentran en relación MODIFICADO y tomando en cuenta la tabla de intervalos se observar que la consonantes que se encuentran, dentro del rango MENOR (de resultado modificado o sustituido), son rr, r, t, x, f, k, g, d.

Llegando así a la conclusión que los pacientes con labio leporino y paladar hendido si tiene disfonía oral en las consonantes sordas continuas y las laterales ya sea por la ausencia de piezas dentales y por la anatomía postquirúrgica. A la inversa las consonantes sonoras orales y las nasales tienen menor dificultad de fonación.

### PALABRAS CLAVES

Fonación, posquirúrgica, consonantes, disfonía



## SUMMARY

Its general objective is to evaluate postoperative phonation in patients with cleft lip and cleft palate, according to CEFI at the Regional Hospital Cusco, 2019.

In its methodology, the population consists of 14 patients and the sample of 10 patients, the "questionnaire for the assessment of children's phonation" was applied CEFI, which evaluated the phonation of the consonants in all their options through a naming activity (questionnaire), which consists of 49 sheets.

Taking as a result of the group according to the sequence of acquisition of the sounds. that the oral consonants and nasal consonants are in relation to MODIFIED - NORMAL, the non-continuous deaf consonants, the continuous and lateral deaf ones are in MODIFIED relation and taking into account the interval table it is observed that the consonants that are found, inside of the MINOR rank (of modified or substituted result), are rr, r, t, x, f, k, g, d.

This concludes that patients with cleft lip and palate if they have oral dysphonia in the continuous deaf and lateral consonants either due to the absence of dental pieces and post-surgical anatomy. Conversely, oral and nasal consonants have a lower phonation difficulty.

### KEYWORDS

Phonation, postsurgical, consonants, dysphonia



## CAPITULO I

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La etiología de labio leporino y paladar hendido es multifactorial, en el proceso del embarazo, sus manifestaciones son entre la sexta y octava semana de vida intrauterina.

La malformación en el embarazo puede presentarse en forma aislada o asociada, con relación a otras malformaciones o síndromes específicos que puede presentar un niño, como la fonética. El labio leporino y paladar hendido puede tratarse de un defecto estructural de fácil diagnóstico, siendo más frecuente en la comunidad cerrada, por lo tanto, comparables teniendo en cuenta la evaluación del sistema fonador.

Los niños que presentan Labio leporino y paladar hendido presentan manifestaciones clínicas que pueden ser evaluados en el sistema fonador. Existen factores genéticos que provocan riesgo hereditario. También puede considerarse los factores ambientales en una participación importante, como la contaminación ambiental, la venta y consumo de drogas y/o medicamentos en el periodo materno.

La fisura palatina o paladar hendido es un defecto caracterizado por falta de coalescencia de tejidos en el paladar duro o blando, puede estar ubicado en la línea media pudiendo comprometer la superficie palatina y el reborde alveolar.

Técnicamente el labio fisurado y paladar hendido pueden presentar varios tipos de complicaciones, que la fisura llegue hasta las fosas nasales. Esto significa que las fisuras de labio leporino y paladar hendido puedan tener una variedad morfológica deforme de cuatro estructuras diferentes: paladar duro, paladar blando, proceso alveolar y el labio, junto a la posibilidad que la alteración sea unilateral completa, unilateral incompleta, bilateral completa, bilateral incompleta.



Se puede decir que el labio fisurado y paladar hendido es una malformación de causa multifactorial, de esta manera nuestro estudio sería cuantitativa, existen numerosos estudios enfocados a buscar regiones del genoma asociados a estas malformaciones con respecto a su fonación de estas.

En la presentación Anatómica, las malformaciones en estos pacientes son con mayor trastorno:

**ALTERACION FONETICA:** A causa de la abertura del paladar y del labio, la función muscular puede verse reducida, lo que conduce a un retraso en el habla o habla anormal, es muy común que estos niños cometan errores al hablar, cuando están empezando a hablar. A menudo sustituyen un sonido por otro. Esto significa que; el niño no tiene la capacidad de crear la presión de aire en la boca debido a que el aire sale por la nariz y existe menos tejido en el paladar para que toque la lengua. Ambos de estos problemas pueden ser difíciles para que el niño aprenda a producir los sonidos.

Los chicos que tienen este problema tienen dificultad con los movimientos de la boca y de la lengua necesarios para hacer ciertos sonidos. Pueden distorsionar un sonido, como cecear cuando pronuncian la s. O pueden añadir u omitir sonidos en diferentes palabras

La intención de este estudio es otorgar a una información técnica actualizada de la valoración de la fonética de los pacientes posquirúrgicos, y de esta manera contar con una herramienta práctica en la valoración de dichos pacientes.





## FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán los resultados de la evaluación Fonética Posquirúrgica en Pacientes con Labio Leporino y Paladar Hendido, Según CEFI en el Hospital Regional Cusco 2019?

### 1.2. OBJETIVOS

#### 1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Fonación Posquirúrgica en Pacientes con Labio Leporino y Paladar Hendido, según CEFI en el Hospital Regional Cusco, 2019.

#### 1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir la fonación posquirúrgica en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI en el Hospital Regional Cusco, según las consonantes sonoras orales.
- Definir la fonación posquirúrgica en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI en el Hospital Regional Cusco, teniendo en cuenta las consonantes sordas no continuas.
- Definir la fonación posquirúrgica en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI en el Hospital Regional Cusco, teniendo en cuenta las consonantes sordas continuas.
- Definir la fonación posquirúrgica en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI en el Hospital Regional Cusco, considerando las consonantes nasales.
- Definir la fonación posquirúrgica en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI en el Hospital Regional Cusco, según las consonantes laterales.
- Relación de la fonación posquirúrgica en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI en el hospital regional cusco con las pias dentales del sector antero superior (INCISIVOS)



#### 1.4. JUSTIFICACIÓN

##### RELEVANCIA CIENTÍFICA

El presente trabajo pretende comprobar una valoración numérica del déficit de las articulaciones fonéticas en los pacientes con labio leporino y paladar hendido en una evaluación postquirúrgico. Ya que la voz se produce a la acción coordinada de casi todo el cuerpo, estando integrado por estructuras musculares de la boca y elementos respiratorios y del aparato digestivo, y ayudarnos con una encuesta de acuerdo con la clasificación según CEFI, que trata de una encuesta y una clasificación en escala, teniendo de esta manera un valor de clasificación y evaluación de fonación o pronunciación.

##### RELEVANCIA SOCIAL

El presente trabajo será realizado para comprobar las alteraciones fonéticas de los pacientes luego de una operación de labio leporino y paladar hendido para así de esta manera los padres de estos pacientes sabrán que es necesario y casi obligatorio que cada uno de ellos tiene que recibir una terapia del lenguaje y ser constantes para la mejora de este. Si existe una mejora al momento de la pronunciación o formulación de oraciones. Y para darles una seguridad a los niños operados y también mejorar su trato del círculo social

##### IMPLICACIONES PRÁCTICAS

En el presente trabajo nos ayudara a comprobar si la cirugía postoperatoria de labio leporino y paladar hendido no solo esta basa en mejorar la anatomía. Y de caso contrario poder dar una alternativa de sesiones de terapias para tal. Teniendo los valores según CEFI, para así poder tener los resultados para que a los pacientes niños reciban la fisioterapia de acuerdo con su dificultad de pronunciación.



## ORIGINALIDAD

El presente trabajo es original debido a que existen escasos estudios sobre la evaluación de la alteración fonética post quirúrgica, de pacientes con labio leporino y paladar hendido. Teniendo en cuenta un cuestionario y evaluando directamente a los pacientes y así poder tomar en un valor y con exactitud ayudar tanto a la información científica y también información para la población.

## INTERÉS PERSONAL

El interés personal del investigador se basa en la mejora de la calidad de vida de un paciente que presente alteraciones fonéticas luego de una operación quirúrgica de labio leporino y paladar hendido ya que el problema de la sociedad es que piensa que luego de una operación está concluido el problema, sino que también necesitan terapias y ayuda para la fonética.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Una de las principales limitaciones que tenemos para realizar el presente trabajo de investigación es bibliográfica ya que no se han registrado muchos estudios sobre la evaluación de alteraciones fonéticas, post quirúrgicas, en pacientes con labio leporino y paladar hendido, ya que en nuestro país no se encontró información, y solo contamos con investigación de nivel internacional que es escaso.

### **1.6. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente proyecto seguirá los códigos éticos. Basados en el respeto a la persona, beneficencia ya que este es fructuoso para la población que padece el tipo de problemas con labio leporino y paladar hendido, cuenta con el sustento



del principio de Belmont el cual fue estipulado por el departamento de salud y bienestar en cuanto a los pacientes se proveerá un consentimiento informado hacia los padres de los pacientes y la autorización del Hospital Regional para poder hacer el tipo de encuestas y los estudios de fonación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

##### INTERNACIONALES

**VANESA GÓMEZ SÁNCHEZ. Estudio de la Vulnerabilidad de la Voz en Niños de 8 y 10 años con Disfonía Infantil, Cantabria, Santander, 2015.**

La disfonía infantil es un trastorno de voz originado por una alteración orgánica, disfuncional o mixto. La incidencia oscila entre un 6-9% de la población escolar, siendo las edades más afectadas las comprendidas entre los 6 y 10 años.

El OBJETIVO principal del presente estudio es conocer qué factores de riesgo tienen más prevalencia en la voz infantil con el fin de mejorar la prevención de las patologías vocales en los niños. En cuanto a la METODOLOGÍA utilizada, se realizó un estudio transversal, de tipo analítico o comparativo, utilizando el cuestionario “Una mirada a la voz”, en el que están incluidos los diversos factores de riesgo que influyen en la voz de los niños.

Se estudió una población de niños y niñas de 8 y 10 en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Una vez realizada la evaluación, se procedió al análisis de los datos obtenidos mediante análisis estadístico.

Los RESULTADOS obtenidos no muestran diferencias significativas entre niños con voz normal y niños con voz patológica en ninguno de los bloques de los que



está formado el cuestionario, por lo que no podemos afirmar que la patología vocal se deba a la presencia de causas muy concretas y definidas, por lo que es necesario un enfoque multicausal para comprenderlo.

Para concluir sería interesante continuar con esta línea de investigación entre los factores de riesgo y la patología vocal en los niños y mejorar los planes de prevención en la población infantil. (3)

**PILAR VIVAR, HERNAN LEON, Desarrollo Fonológico-Fonético en un Grupo de Niños entre 3 y 5, 11 años, Chile, 2017.**

El OBJETIVO es aprender que los niños adquieren la fonológica-fonética desde la lengua materna narrando la cronología de secuencia de adquisición del conjunto de fonético-fonológico en la muestra.

El MÉTODO en su muestra se compuso por 72 pacientes clasificada en seis grupos etarios de seis meses por grupo. En el "Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil" (CEFI) que evaluando las pronunciaciones de las consonantes mediante una faceta de pronunciación. Se obtuvo que cada grupo etario se les analizó en cada segmento para observar la secuencia de pronunciación de sonidos relacionados a la edad de los niños.

Los RESULTADOS se observan que mientras mayor sea la edad del paciente la articulación de las palabras se acerca a la valoración normal. Los fonemas /f/ – /s/ – /x/ /l/ – /lh/ – /r/ están en la clasificación de dificultad mayor con relación a la pronunciación. Las nasales /m/ – /n/ – /nh/ y las sordas no continuas /p/ – /t/ – /tch/ – /k/ se encuentran en la clasificación de lo normal.

En conclusión, los niños de 3 años están en 80% de pronunciación normal en las consonantes. En las pronunciaciones de las consonantes fricativas /s/ y /x/ y, consonante /r/ se realizaron con mayor dificultad y las consonantes que no fueron difíciles de adquirir fueron las nasales y las oclusivas. (4)



**ORTIZ AVILEZ JULIETH, Estrategias de Intervenciones del Habla en Pacientes con Fisura Labiopalatinas, Cartagena De Indias, 2017.**

**OBJETIVO:** Describir los tipos de estrategias implementadas en el tratamiento del habla en función de la mejora de la articulación en pacientes nacidos con fisura labio palatina.

**METODOLOGÍA:** Se diseñó un estudio descriptivo, a través de una revisión bibliográfica mediante las bases de datos: EBSCO, PUBMED, SPRINGER, SCIENCE DIRECT Y SCOPUS, se tuvo en cuenta artículos publicados entre el 2007 y 2017, las palabras clave se definieron utilizando los tesauros MeSH y DeCS en español: <<Habla>> <<Fisura labio palatina>>, <<Tratamiento>>, e inglés: << Speech>>, <<Cleft lip and palate>>, <<Treatment>>. Unidas por el operador booleano (AND). Teniendo como criterios de inclusión todos los documentos de tipo experimental aportados que permitían una recomendación, eficiente o no, para mejorar las dificultades que se presentan en el habla de los pacientes con fisura labio palatina, respecto a la revisión sistemática de estudios científicos. El principal criterio de exclusión fue de los artículos que no incluyen información experimental y luego se excluyeron los estudios en los que los pacientes hablaban lenguas distintas al inglés y el español

En los RESULTADOS se encontró que las estrategias más utilizadas en el tratamiento del habla en función de la mejora de la articulación en pacientes nacidos con fisura labio palatina son, entre otras, la utilización de técnicas de colocación fonética, iniciando con bilabiales para pasar luego a los alvéolos, enseñar la discriminación auditiva entre la articulación correcta y el sonido compensatorio y facilitar señales visuales para observar el posicionamiento articulatorio.

Se determinó que las estrategias de intervención del habla para el correcto desarrollo de la articulación en pacientes nacidos con fisura labio palatina utilizadas en la actualidad, ayudan de manera efectiva a la correcta



comunicación de los pacientes afectados, lo que mejora significativamente su desarrollo social, permitiéndoles llevar una vida más cómoda y productiva. (5)

- **MONTSERRAT MASSANA MOLERA, Trastornos del Lenguaje Secundarios a un Déficit Instrumental: Déficit Mecánico Articulatorio, España, 2015.**

Las dificultades que un niño puede tener en una manifestación de la pronunciación son porque existe descontinuidad en la producción, transmisión del lenguaje.

La mala articulación sucede cuando existe algo anormal en las estructuras anatómicas del sistema fonador, de esa manera provocando la mala fonación articulatoria y provocando la dislalia.

El sistema fonador alterado, en su funcionalidad se esforzará para poder suplantar la articulación. Así modificándose y provocando una enfermedad. describiéndose las patologías del habla.

Como CONCLUSIÓN la ayuda a estos pacientes se debe comenzar desde un principio por todos los profesionales de salud y en compañía de los integrantes de cada familia, ofreciendo charlas de presentación para los malestares de estos pacientes (respiración, alimentación, succión). (6)

## **NACIONALES**

**EVELIYN YESENIA HUACCHA ALCANTARA, sapiencia de Madres en relación con el Niños de paladar discontinuo y labio fisurado después de la operación en la Campaña Santa Dorotea-Hospital Regional de Cajamarca 2014.**

El estudio tiene como OBJETIVO evaluar la sapiencia de mamás en las prevenciones de los niños que fueron operados de labio fisurado y paladar discontinuo que fue en una Campaña Santa Dorotea- Hospital Regional de Cajamarca 2014. Teniendo como metodología descriptiva y analítica.



La METODOLOGIA fue realizada a una población de 35 mamás, la muestra por 15 mamás que fueron clasificadas por la autora, teniendo como evaluación una serie de preguntas.

Realizada para el cuestionario elaborado una autorización de personal preparada para este tipo de estudios.

En el RESULTADO se llegó a la conclusión que las características sociodemográficas en las mamás el 40% está entre 26-30 años, en la calidad educativa el 60% realizó secundaria completa, y el 86.7% tiene en su economía como mínimo S/550.00 monedas peruanas, en su 33.3 % los pacientes que fueron operados estaban entre 5 años a más y los niños varones con este mal en un (73.3%).

A todas las mamás se brindó una orientación de cómo dar de comer a los niños después de su operación. Teniendo la consideración que la falta de plata en (46.7%), es un motivo por el cual impide la recuperación del paciente. (7)

**LISBETH EBELIN JANAMPA LANDEO, PATRICIA VELIZ MORENO, TANIA WALDE CISNEROS, Alteraciones de la Producción del Habla por Trastornos Fonéticos y Tipos de Alimentación Enteral en Niños de 5 años en Dos Instituciones Educativas Nivel Inicial. Lima, 2018**

OBJETIVO: Describir la disfonía como consecuencia de la alimentación enteral recibida en niños de 5 años durante los seis primeros meses de vida, de dos Instituciones Educativas Nacionales del Nivel Inicial.

METODOLOGIA: Estudio transversal observacional descriptivo, realizado mediante una encuesta a 122 padres para evaluar el tipo y tiempo de alimentación durante el primer año de vida de sus hijos. En los niños se evaluó la producción del habla utilizando la Prueba de Lenguaje Oral Navarra (PLON – R).





RESULTADOS: El 58.4% de los niños evaluados presentaron algún trastorno fonético 52.2% por sustitución, 22.1% por omisión, 6.2% por adición y 10.6% por distorsión, presentando varios de ellos más de una alteración. El 53,2% de niños que recibieron lactancia materna exclusiva (LME) y el 61,2% que recibió biberón, presentaron trastornos de lenguaje en el habla, aunque sin diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 0.90$ ,  $p=0,34$ ).

Como CONCLUSIONES En la población estudiada existe una alta frecuencia de alteraciones fonéticas en todos los tipos, a predominio por sustitución, sin diferencia según lactancia materna exclusiva o uso de biberón. (8)

**LORDES CASTAÑEDA QUILCATE, ILIANA MONTERREY LEÓN,**  
**Características en la Producción del Habla en Niños De 6 años de Dos**  
**Instituciones Educativas Del Distrito de Concepción, Lima, 2016.**

En la METODOLOGIA de estudio descriptivo cuyo OBJETIVO principal es determinar las características de la producción del habla en niños de 6 años de dos instituciones educativas del distrito de Concepción de la región Junín.

Para la recolección de datos, se utilizó el Examen Miofuncional Orofacial– MBGR de Irene Marchesan y la técnica de observación sistemática, con el propósito de caracterizar la producción del habla de los niños de la muestra. Durante la evaluación, se empleó un corpus, ficha de selección de la muestra y el uso del Examen Miofuncional Orofacial – MBGR.

Los RESULTADOS de este estudio demostraron que un 27.07% evidencia alteraciones en el habla de los cuales 7.52% presentan alteraciones fonéticas de origen músculo esquelético, sobresaliendo la maloclusión en un 100% de la muestra, así mismo las distorsiones de /r/ vibrante simple y /r/ vibrante múltiple predominaron en relación a las omisiones y sustituciones. (9)



**YANINA LIA UNDA RIOS, Incidencia de Disfonía en niños de 6 años Del Colegio Particular Cristo Salvador, Lima, 2013.**

La presente investigación tiene por OBJETIVO el determinar la presencia de disfonías en una muestra de 40 niños de 6 a 7 años de edad del Colegio Cristo Salvador en el Distrito de Surco.

La METODOLOGIA En el proceso de colecta de datos se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario que fue respondido por los padres sobre las características vocales de sus hijos en tres áreas: Aspectos de la voz, aspectos generales de la salud y hábitos. El segundo instrumento fue el protocolo de evaluación de voz de Mara Behlau, utilizando como recurso las filmaciones de conversaciones espontáneas de los niños, analizando su respiración, fonación, resistencia de Pitch, articulación, prosodia y calidad vocal.

Los RESULTADOS indican. que el 10 % de la muestra en estudio presentó esfuerzo vocal, períodos cortos de enfermedades que podrían repercutir en los problemas de voz. El 12.5% presentó tensión muscular en el cuello. El 2.5% presentó resonancia laringofaríngea, lo que es considerado esfuerzo vocal, principal causa de la disfonía funcional. (10)

## **LOCALES**

**YINA QUISPE ACUÑA, Nivel de Conocimiento de los Padres de Familia Sobre el Manejo de los Niños con Fisuras Labio Palatina, En El Hospital Regional Cusco, 2016. Cusco, 2017.**

El objetivo principal de esta investigación es determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, en el hospital regional en el año 2016.

Metodología: Siendo un estudio descriptivo – comparativo, de campo, con un diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo, con una muestra constituida por 77 padres de familia, se aplicó un cuestionario de 20 preguntas,



en el cual se evaluaron 4 aspectos conocimiento de los padres de familia de niños con labio y paladar fisurado sobre: Tratamiento quirúrgico, erupción dentaria, equipo profesional multidisciplinar e higiene bucal.

Resultados: Se agruparon en una escala de bueno y malo, se obtuvo que el nivel de conocimiento de los padres de familia de niños con labio y paladar hendido fue: sobre los tratamientos quirúrgicos que deben seguir los niños con labio y paladar fisura fue inadecuada en 58.4%, sobre erupción dentaria fue inadecuada en 92.2%, sobre el equipo multidisciplinario que deberá atender a su hijo a lo largo de su vida en el 2016 fue inadecuado en 64.9%, sobre la higiene bucal de los niños con labio y paladar fisurado en el 2016 fue adecuado en 58.4%, de acuerdo al sexo de los padres sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado adecuado el sexo femenino con 23.4% y de acuerdo a la edad de los padres sobre el manejo de niños con labio y paladar fisurado, padres de 21-30 años de edad adecuado con 19.5%.

Conclusiones: El nivel de conocimiento de los padres de familia sobre el manejo de niños con fisura labio palatina, en el Hospital Regional Cusco 2016 fue predominantemente malo. (11)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 PRODUCCIÓN DEL HABLA**

#### **Definición de habla**

El habla es una herramienta de la persona, empleada por un musculo de la fonación, considerándolo una parte importante de este para en hombre.

Conjunto de sonidos articulados con los cuales el hombre manifiesta lo que piensa o siente. Capacidad que tenemos los seres humanos para crear diversas formas de comunicación. (12)

Freitas (2007) (13) dice que para articular palabras es algo innato del hombre para poder decir si duele algo, molesta, o esta triste. Así poder comunicarse entre ellos, teniendo que pasar por momentos. De esta manera para poder articular



las consonantes tiene que pasar por momento como el hecho de una idea, luego procesar la idea, y todos los pasos de la meta cognición.

Para Marchesan (2010) (14,15) la comunicación tiene una importancia invaluable, y que cuando esta rompe su sigilo, el trauma para el hombre es grave y hasta puede afectar su vida emocional.

### **Fisiología de la producción del habla**

El CPAL (centro peruano de audición, lenguaje y aprendizaje) 2010(16), dice que al momento de emitir las consonantes, es el momento en el que se puede evaluar la voz, los detalles, con los sonidos, Estos sonidos son producidos por todo el sistema fonador para, en conjunto de ellos poder valorar y rasgar las opciones.

Dosal (2014) (17), “Hoy en día la teoría más aceptada es la “mioelástica-aerodinámica”, donde la presión subglótica debe superar a la tensión ejercida por los pliegues vocales cuando la glotis está en aducción, para que estos se separen y vibren, por lo que esta teoría señala que la vibración laríngea está determinada por la presión subglótica y la tensión de los pliegues vocales. El sonido generado en la glotis es amplificado por los resonadores y convertido a fono por los articuladores”

### **Los fonos del español**

Analizar los fonemas articulatorios de acuerdo con las consonantes.

#### *Vocales*

Según Cortez (2009) (18), “las vocales son los sonidos con mayor abertura de los órganos articulatorios, el mayor número de vibraciones de los pliegues vocálicos en una unidad de tiempo y musicalidad, teniendo en cuenta la clasificación de cortes:

- Posición vertical de la lengua, es decir, está relacionado con lo más alejado o menos alejado que se encuentre la lengua del paladar (altas, medias, bajas).



- Posición horizontal de la lengua, esto se refiere de lo más o menos adelantado que se ubique en eje de la boca (anterior, central y posterior)”

### *Consonantes*

“Las consonantes se clasifican de acuerdo con los siguientes criterios (Cortez, 2009,)” (18)

#### **“Modo de articulación.**

Es la manera cuyos órganos del aparato fonador obstaculizan el paso de la columna de aire.

OCCLUSIVAS: Sonido consonántico, es la obstrucción total del paso del aire seguido por una apertura súbita. *[p], [b], [t], [d], [k], [g]*.

FRICATIVAS: Hay un ligero paso del aire, por lo tanto, no hay cierre completo. También estas se clasifican en sibilantes o estridentes al canal bucal, las cuales forman con la lengua un surco que proyecta el aire hacia una pared formada por los incisivos superiores e inferiores; esta pared provoca que el ruido sea intenso y esto suele darse en la zona dental, alveolar y postalveolar como *[s], [z], [ʃ], [ʒ]* y, por otro lado, están las no sibilantes o mates que presentan órganos planos y no lanzan con fuerza el aire a ninguna pared, por tanto, el ruido es menos intenso como *[f], [θ], [x], [ð]*, etc.

AFRICADAS: Resultan de una combinación que empieza con una oclusión y finaliza con fricación. *[tʃ]*

LATERALES: La lengua realiza un contacto con los dientes, pero solo en el centro del canal bucal: el aire escapa por los laterales. *[l], [ʎ]*

VIBRANTES: Se caracterizan por presentar interrupciones momentáneas durante la salida del aire que se producen por la fricción entre el ápice de la lengua y los alveolos. *[r], [r]* vibrante.

NASALES: Existe una total obstrucción de la cavidad oral. Pero, en las consonantes nasales, la úvula desciende y se separa la pared faríngea y eso generará una apertura que permitirá que el aire escape por la cavidad nasal. *[m], [n], [ɲ]*.”

#### **“Punto de articulación - Según cortes 2009:**

LABIAL: Se juntan los dos labios superior e inferior. *[p], [b], [m]*

LABIODENTAL: Se juntan el labio inferior y dientes superiores. *[f]*



INTERDENTAL: La lengua entre los dientes superiores e inferiores. [θ]

DENTAL: La lengua se ubica detrás de los dientes. [t], [d]

ALVEOLAR: La lengua se dirige a los alveolos. [s], [l], [r], [r̄], [n]

PALATAL: El dorso de la lengua se dirige al paladar. [tʃ], [y], [ʃ], [ɲ]

VELAR: El dorso de la lengua se dirige al velo del paladar. [k], [g], [x]" (18)

### “Vibración de los pliegues vocálicos

Si los pliegues vocálicos no vibran, los sonidos serán sordos: [p], [f], [k], etc.

Por otro lado, si los pliegues vocálicos vibran, se llaman sonoros: [b], [d], etc.”

### “Resonancia

Está relacionada con el movimiento del velo del paladar. Si se producen sonidos donde el aire pasa por la cavidad nasal, serán llamados nasales. Caso contrario, si pasa por la cavidad bucal, se llamarán orales.” (18)

### Alteraciones del habla

Según Zorzi (2002) (19), “las alteraciones del habla afectan los registros de la pronunciación o la producción de los sonidos de una determinada lengua. Estas alteraciones están vinculadas a etapas ya sea de programación o ejecución neuromotora”.

Según Zorzi (2002) (19) “entre la clasificación de las alteraciones del habla más frecuentes, podemos encontrar las siguientes”:

#### A) Clasificación según las alteraciones que comprometen el habla.

Alteraciones de origen neurológico.

Están relacionados con problemas neurológicos que llegan a afectar la programación o la ejecución neuromuscular, generando disartria que es un trastorno en el control de la musculatura del habla y se caracteriza por presentar debilidad muscular, movimientos motores lentos y tono muscular alterado. Por otro lado, tenemos la dispraxia que es un trastorno que inhabilita la realización de movimientos voluntarios relacionados con el acto del habla y estos pueden ser imprecisos y lentos.



Alteraciones de origen músculo esquelético.

Estas alteraciones son causadas por problemas en las estructuras óseas y musculares vinculadas con la producción del habla. Dentro de esta clase, se ubican las fisuras labio palatinas; Alteraciones de las estructuras óseas de la cara; Alteraciones dentarias ya sea en número, posición o forma; Maloclusiones y mordidas alteradas; Alteraciones de las estructuras de la cavidad oral, alteraciones del frenillo de la lengua, tonsilas aumentadas, alteraciones de la articulación temporomandibular; Inmovilidad de los músculos relacionados en el habla u otra alteración que interfiera en el desarrollo adecuado del habla. (19)

Piccolotto (2004) (20, 21) presenta problemas músculo Esquelético:

a) Mordidas y maloclusiones

¡En las mordidas profundas, es común la distorsión de sonidos sibilantes y esto se debe por la disminución del espacio vertical interno! En las mordidas cruzadas, pueden ocurrir deslizamientos laterales de la mandíbula y mala producción de las sibilantes y en las mordidas abiertas, favorece en la aparición del ceceo anterior y anteriorización del punto de articulación de los fonos linguodentales”.

“En relación a las maloclusiones, Angle señala que existen tres tipos: La clase I presentan armonía entre los arcos dentarios, solo se observa un desequilibrio entre el volumen óseo y dentario y eso se debe por el apiñamiento dentario en la región anterior; La clase II existe discrepancia maxilar posterior-anterior con la mandíbula, se observa que los sonidos bilabiales se producen con el labio inferior haciendo contacto con los dientes superiores en lugar del labio superior, también es común la acumulación de saliva generando una articulación más cerrada e impidiendo así el escape de saliva durante el habla. Y en la clase III, se observa un cambio en el punto de articulación del fono fricativo /f/, ya que el contacto



habitual entre dientes superiores hacia labio inferior se ve invertido, así como en la producción de sonidos oclusivos se observa un mayor uso del labio superior y mayor participación de la parte media de la lengua al momento de hablar”.

b) Dientes

“Los problemas dentarios como ausencia de piezas dentarias, apiñamiento, inclinación lingualizada o vestibularizada de los incisivos superiores pueden dar lugar a una alteración dentro de la cavidad bucal lo cual dificulta el adecuado posicionamiento de la lengua para articular determinados fonos.

En una inclinación vestibularizada de los incisivos superiores, los fonos linguodentales pueden ser producidos con una lengua colocada en una posición más anterior”.

“En cambio, cuando hay una inclinación lingualizada de los dientes superiores y el espacio interno se encuentra disminuido, la punta de la lengua tiende a bajar y la parte posterior se eleva para acomodarse mejor dentro de la cavidad bucal, esto conlleva a que los fonos sibilantes pierdan su punto de contacto y se distorsionen”.

“Por otro lado, si se presenta movimiento de piezas dentarias, estas pueden ocasionar la presencia de diastemas y como consiguiente generar problemas de habla con silbido, un mayor escape de saliva y anteriorización de fonos linguodentales”.

c) Saliva

“La cantidad y calidad de la saliva pueden interferir en cómo se produce el habla. Si existe un incremento de saliva, se acumulará en las comisuras de la boca la cual será expulsada durante el habla. Para que ello no suceda, se debe reducir el espacio entre los maxilares ocasionando una compensación para contener la saliva lo cual genera a una imprecisión del habla.” (20,21)





- Desvíos fonológicos

“Estas alteraciones de naturaleza fonológicas están relacionadas con dificultades en el dominio de los fonemas de una lengua, sin que presenten alteraciones orgánicas comprometidas tales como deficiencias auditivas y anomalías anatómicas o neurofisiológicas. Lo desvíos fonológicos se dan en la adquisición de los rasgos distintivos de un fonema, es decir en aquellas características ya sean fonoarticulatorias o acústicas que permiten diferenciar un fonema de otro.” (21)

## **2.2.2 LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO**

### **2.2.2.1 EPIDEMIOLOGIA**

“Las zonas comprometidas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando. Ligeramente más del 50% son fisuras combinadas del labio y el paladar, y aproximadamente la cuarta parte de ellos es bilateral. Las fisuras aisladas del labio y el paladar constituyen el resto de las variedades que se ven”. (22)

“Se pudo determinar que las fisuras labio palatina son más frecuentes en varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres”.

“Igualmente, el compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que el derecho. Estos fenómenos carecen de explicación, y la causa subyacente de la deformidad se comprende solo de una manera parcial. La falta de unión de las partes que normalmente forman el labio y el paladar se produce en un momento temprano de la vida fetal”. (22)

“En el Perú 2,500 niños nacen con labio leporino y/o paladar hendido cada año (uno de cada 500-600 recién nacidos). El 25% de estos niños padecen de paladar hendido, 25% de labio fisurado y el 50% de ambos”. (23)



### 2.2.2.2 CAUSAS

“Las causas de las malformaciones congénitas son multifactoriales, considerar 3 categorías. (23)

Etiológicas:

- a. Herencia monogenética con los siguientes patrones de transmisión:
  - Autosómica dominante.
  - Autosómica recesiva.
  - Recesiva ligada a X.
  - Dominante ligada a X.
  - Dominante ligada a Y.
- b. Herencia poligénica o multifactorial.
- c. Aberraciones cromosómicas:
  - Las causas de índole ambiental pueden ser agrupadas también en 3 categorías:
    - Físicas
    - Químicas.
    - Biológicas.

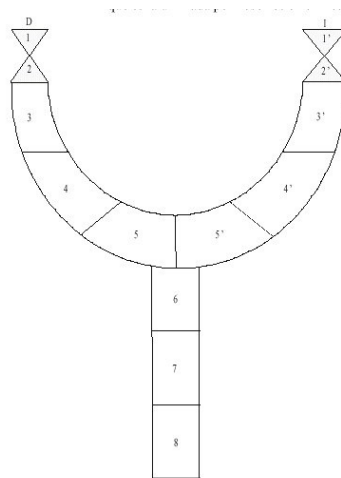
A estos factores ambientales, por alterar el desarrollo embriológico produciendo Malformaciones, se les ha llamado teratógenos”. (23)

### 2.2.2.3 CLASIFICACION

Stark y Kernahan en 1958 (24) “La variadísima morfología a que pueden dar lugar las fisuras labio alveolo palatinas por implicar la deformidad de 4 estructuras diferentes: el labio, el proceso alveolar, el paladar duro y el paladar blando, unido a la posibilidad de que la alteración sea unilateral o bilateral, ha sido siempre un desafío para que se adoptara universalmente una clasificación única; Y si a esto se añade la moderna idea de que la clasificación debe estar basada no en los hechos anatómicos del feto a término, sino en los datos

embriológicos que han dado lugar a la deformidad, resulta que prácticamente cada estudioso de este problema ha hecho su clasificación propia”.

Stark y Kernahan en 1958 “proponen una ingeniosa y sencilla clasificación de fisuras labio-palatinas que abarca todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario. Para dejar constancia escrita en la historia clínica del paciente idean una Y como consta en la figura. Con este procedimiento estamos abarcando todos los tipos de fisuras de paladar primario y secundario”. (24)



D-Lado derecho  
I-Lado izquierdo  
1 y 1'-Alas nasales  
2 y 2'-Pisos de fosas nasales  
3 y 3'-Labios  
4 y 4'-Alvéolos  
5 y 5'-Paladar óseo entre alvéolos y agujero pretino anterior  
6 y 7 -Paladar óseo por detrás del agujero palatino  
8 -Paladar blando

#### 2.2.2.4 IMPLICACIONES FUNCIONALES ASOCIADAS A LA FISURA LABIO PALATINA.

“El sistema estomatognático, como cualquier otro sistema funcional, necesita una integridad estructural para cumplir con las necesidades morfológicas y de función del ser humano. La ruptura del labio y el paladar conlleva dificultades para la succión, deglución, fonación, masticación y audición que se manifiestan ya desde el nacimiento”. (24)



#### 2.2.2.5 IMPACTO SOBRE LA CONDICIÓN GENERAL.

Lee y colaboradores en 1996 (25) “Como consecuencia en las hendiduras faciales, los niños con presencia de Labio y Paladar Hendido presentan alteraciones en el desarrollo físico durante los primeros meses de vida debido a la imposibilidad adecuada de la alimentación”. Lee y colaboradores en 1996, “examinaron variables peso y talla en 83 niños entre 0 y 4 años de edad, encontrando que los niños con paladar hendido aislado son significativamente más propensos a tener problemas alimenticios; la regurgitación y vómitos son los problemas más comunes observados por los padres”.

#### 2.2.2.6 CIRUGÍAS:

**CIRUGÍA DE LABIO:** “Los beneficios de la queiloplastía son principalmente estéticos y tiene como objetivo el de unir el lugar donde se halla la discontinuidad labial de manera que el músculo orbicular de los labios pueda cumplir su función de manera aceptable, además de devolver la forma de “Arco de Cupido” al labio superior y que el acto de succión del paciente se produzca de la manera más normal posible, restaurando además la forma de la nariz”.

**CIRUGÍA DE PALADAR DURO:** “La principal acción de esta cirugía es evitar que prosiga la comunicación bucosinusal, para de esta manera se pueda restablecer la función respiratoria y alimenticia por lo que se recomienda realizarla antes que el paciente cumpla un año de vida, con el fin de evitar futuras complicaciones”.

**CIRUGÍA DEL PALADAR BLANDO:** “El mayor beneficio que brinda este procedimiento es funcional ya que una hendidura en la región interfiere con la respiración y deglución, por lo que el cirujano deberá unir los tejidos de la región posterior de la boca, con los recaudos necesarios para que los tejidos se fusionen de la manera más conveniente”.

**CIRUGÍA DE LA NARIZ Y LABIO:** “Denominada también rinoqueiloplastía, se la realiza para mejorar la forma y aspecto de la nariz, a que al realizar la primera cirugía las secuelas que esta deja son sumamente notorias, dejando en ocasiones bordes labiales poco definidos, así como fosas nasales irregulares, con desviación de la punta de la nariz”.



CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN ÓSEA ALVEOLAR: “Con ella se pretende cerrar la comunicación nasal y bucal, relleno con tejido óseo el lugar afectado, además que con el paso del tiempo se buscare lograr la erupción de los dientes presentes en la región”.

Culminadas las estimamos que los pacientes pasando los 12 años, el sistema esquelético se forme de manera adecuada para así este no presente ninguna dificultad. (26)

### **2.2.3 CUIDADO POSTQUIRÚRGICO DEL NIÑO CON LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO.**

Ortiz Vasques 2014 (27) “Los padres suministrar la comida de una manera segura y sin tener complicación, entre ellas se encuentran suministrar la comida por medio de una sonda que se introduce por la boca directamente a la parte posterior de la lengua permitiendo esto que el niño coma, otra de las técnicas que se puede señalar es la utilización de una tetina especial más alargada y más gruesa que le permite al niño chupar sin ninguna dificultad, esta orientación es bien importante tenerla en cuenta y a la mano especialmente para esos casos que por cualquier motivo no puedan ser operados a corto plazo y de esta forma se encaminan a seguir cuidando a sus hijos y disminuyendo las complicaciones que puedan padecer los pacientes”.

Ortiz vasquez 2014 (27) “Las recomendaciones para los pacientes post-operados, cambian ligeramente según la patología operada en el caso del labio hendido, los alimentos deben ser ingeridos con cucharilla, no deben de chupar ni succionar, ya que por medio de estas acciones se produce una tensión que el labio no va a poder soportar y por ende puede que pierda la cirugía y su complicación sea mayor que la del comienzo. Por otro lado, los pacientes operados de paladar hendido son más delicados con la alimentación y es por eso por lo que se involucra de una forma total y activa a los familiares, padres o representantes de estos niños, ya que los cuidados son más extensos y rigurosos tales como: Realizar dieta líquida durante los primeros 15 días. Colar todos los jugos de frutas y sopas tipo consomé, para no comer ningún sólido durante 30 días. A las 3 semanas de operado, podrá comer alimentos blandos como gelatinas, sopas licuadas y coladas. Cabe destacar que luego de cada



comida se debe enjuagar la boca después de cada comida, con enjuague bucal diluido en dos partes de agua por una de enjuague y no debe realizar buches”.

#### 2.2.3.1 PREPARACIÓN ODONTOLÓGICA

Mena Rivera 1991 (28) “La orientación odontológica se enfoca en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de Los dientes y de los tejidos subyacentes como el paladar. Según la Universidad Internacional de las América (2001) menciona que "El papel del profesional de odontología es muy importante, ya que ellos se encargan de realizar el tratamiento preventivo para la zona bucal para evitar que no aparezcan las caries, que son un factor importante en el deterioro de la salud dental", y más en aquellos pacientes que padecen de labio o paladar hendido, ya que si por alguna razón dichos pacientes presentaran alteraciones dentales, el tratamiento quirúrgico será un proceso el cual pudiera perder por presencia de gérmenes dentales que a su vez afectarían directamente las zonas quirúrgicas”.

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

**2.3.1. Fonación:** Es el trabajo muscular realizado para emitir sonidos inteligibles, es decir, para que exista la comunicación oral. (29)

**2.3.2. Articulación:** A través del proceso por el cual se modifica la corriente de aire procedente de los pulmones y la laringe en las cavidades supraglóticas como consecuencia de los cambios de volumen y de forma de estas cavidades. (29)

**2.3.3. Paladar hendido:** “El paladar hendido se produce cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que puede extenderse dentro de la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). A menudo la hendidura también incluye el labio. El paladar hendido no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca. Puede ser la única anomalía del niño, o puede estar asociado con el labio leporino u otros síndromes. En muchos casos, otros miembros de la familia han tenido también el paladar hendido al nacer”. (30)



**2.3.4. Labio leporino:** “El labio leporino es una deformación en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado del labio leporino puede variar enormemente, desde leve (corte del labio) hasta severo (gran abertura desde el labio hasta la nariz). Como padre o madre, puede ser muy estresante acostumbrarse a la deformación evidente de la cara, ya que puede ser muy notoria”.

“Se le dan diferentes nombres al labio leporino según su ubicación y el grado de implicación del labio. Una hendidura en un lado del labio que no se extiende hasta la nariz se denomina unilateral incompleta. Una hendidura en un lado del labio que se extiende hasta la nariz se denomina unilateral completa. Una hendidura que afecta a ambos lados del labio y se extiende hasta y afecta a la nariz se denomina bilateral completa”. (31)

**2.3.5. Fonología:** “Estudia el modo en que se organiza el sistema de sonidos de un lenguaje”. (32)

**2.3.6. Fonética:** “Estudia las características de los sonidos humanos en cuanto al modo en que es producido por los órganos vocales”. (32)

**2.3.7. Trastorno fonético:** “El sistema fonológico del niño está bien establecido porque habría llevado a cabo los contrastes requeridos por su lengua, establece perfectamente los contrastes, sabe lo que quiere y tiene que decir, pero no le sale”.

“Hay una presencia de errores aislados que no forman patrones ni se ajustan al criterio de los procesos fonológicos. Son dificultades en la articulación de un sonido de forma aislada (no afecta a otros sonidos) que nunca se produce bien, es decir, si por ejemplo falla en la articulación de la /s/, falla cuando aparece el fonema en inicial de palabra, sílaba, final”.

“Los errores tienden a ser más por distorsión que por sustitución, y suelen presentar dificultades de articulación e incoordinación práctica”. (33).

**2.3.8. Trastorno fonológico:** “Es el trastorno que presenta un sujeto que tiene afectado el sistema fonológico, mientras que sus habilidades fonético-



articulatorias están bien desarrolladas, es decir, son capaces de articular todos los sonidos. El problema es que en lenguaje espontáneo no son capaces de ubicar correctamente los sonidos porque no tienen bien asumidos los contrastes entre sonidos. No son capaces de diferenciar palabras que sólo se diferencian en un sonido cuyo contraste no está aprendido, lo que repercute en aspectos semánticos”.

“Es capaz de articular correctamente todos los sonidos de su lengua por imitación (dado que la articulación no está afectada), pero tiene dificultad para organizarlos en un sistema, estableciendo contrastes de significado”.

“Se dan errores en varios sonidos a la vez (por ejemplo, si el problema es en las fricativas, afectará a /f/, /s/, /σ/, /x/), formando patrones que corresponden a determinados procesos fonológicos de simplificación. No existen problemas motores, pueden llevar a cabo ágilmente todos los sonidos motóricamente, es decir, nunca habría un problema de distorsión: sustituyen u omiten. Pero sí pueden presentar dificultades de discriminación auditiva”. (33)

**2.3.9. Post operatorio:** “El período postoperatorio comienza inmediatamente después de la cirugía y continúa hasta que el paciente es dado de alta del cuidado médico. Durante el postoperatorio, los cuidados de enfermería se centran en restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar su dolor, prevenir posibles complicaciones y enseñar los cuidados personales que sean necesarios. El postoperatorio puede dividirse en 2 fases”:

- “Postoperatorio inmediato: suele durar entre 2 y 4 horas. Tiene lugar en la unidad de recuperación post anestésica, desde que el paciente sale de quirófano hasta que se estabiliza su estado y se recupera totalmente del estrés de la anestesia y la cirugía”.
- “Postoperatorio tardío: es la fase de resolución y curación. Tiene lugar en una unidad de hospitalización o de cuidados especiales. En esta fase se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas, y los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación”. (34)



**2.3.10. CEFI:**

“Cuestionario para la evaluación de la fonología infantil, Dicha prueba consta de dos partes. La primera de ellas se utiliza con los informantes, en donde aparece una secuencia de láminas o dibujos que el niño debe pronunciar; mientras que la segunda, está destinada al investigador. En ella, se incluyen ficha para la transcripción fonológica y fonética de palabras oclusivas y fricativas”. (35)

**2.3.11. CPOD:**

“Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935 (36). Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados”.

**2.4 VARIABLE E INDICADORES****VARIABLE ÚNICA:**

Evaluación de fonación post quirúrgica según CEFI

**VARIABLE INTERVINIENTE:**

CPOD:

- Cariados
- PERDIDOS-con relación a los incisivos superiores
- obturado



Variable única	Definición Conceptual	Naturaleza de la Variable	Formación de Medición	Dimensiones	Indicador	Escala de Medición	Técnica e Instrumento	Expresión Final	Definición operacional
<b>Evaluación fonética post quirúrgico en pacientes con labio leporino y paladar hendido según CEFI</b>	Valorar la fonación después de una operación de labio leporino y paladar hendido con la ayuda de un cuestionario para la Evaluación de la Fonología infantil	Cuantitativa	Numérica	- Letras oclusivas - Letras fricativas - Imágenes ilustradas	Según CEFI: 1. normal 2. modificada 3. sustituido 4. omitido	valoración porcentual según CEFI	Técnica: Encuesta	1. normal 100-76 % 2. modificada 75-51% 3. sustituido 50-26% 4. omitido 25-0%	Quedará expresado con niveles de Normal, Modificado, Sustituido, omitido, tomando en cuenta el cuestionario para lo cual se evaluará cinco dimensiones. Consonantes orales, sordas no continuas, sordas continuas, nasales, laterales
<b>Variables Intervinientes</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Naturaleza de la Variable</b>	<b>Formación de Medición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Técnica e Instrumento</b>	<b>Expresión Final</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Dentición mixta Cariados, Perdidos y Obturados</b>	Es el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, obteniendo la sumatoria de la dentición mixta que esté Cariados, Perdidos y Obturados.	Cuantitativa	Numérica	Piezas dentales: 1. careados 2. perdidos - ausentes 3. obturados	CPOD	Valoración porcentual según CPOD PIEZAS DENTALES ausentes en relación a los INCISIVOS SUPERIORES.	Odontograma, Técnica: Encuesta	De acuerdo con la presencia de piezas dentales en la historia del odontograma	“La erupción dental se obtendrá de acuerdo con la edad puesta en la ficha de recolección de datos y su erupción normal o patológica”

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional y comunicacional, descriptivo, prospectivo-transversal, de campo.

NO experimental, porque en la investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlo. (37)

#### 3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con el tema planteado sobre la evaluación fonética post quirúrgica en pacientes labio leporino y paladar hendido según CEFI, en el Hospital Regional cusco, en función a los objetivos, esta investigación se encuentra enmarcada dentro del paradigma de investigación ya que los resultados obtenidos del estudio de investigación se encuentran ubicados en un nivel intermedio.

El diseño de investigación según CEFI consiste en un cuestionario maestro que se tiene que seguir para dar respuestas a las preguntas formuladas. Para la selección del diseño conveniente deberán tenerse en cuenta las posibles fuentes que proporcionarán la información que responda las preguntas planteadas en forma valida y confiable.

#### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### POBLACIÓN

De acuerdo con BALESTRINI (2004) (38) La población está constituida por 14 pacientes atendidos en el Hospital Regional Cusco en el periodo del 2018-2019, en el rango de 4 años a 6 años de edad, ya que estos están aptos para la respuesta de las preguntas.



## MUESTRA

Para la selección de muestra se emplea el criterio por conveniencia, la selección de la muestra será de acuerdo con los criterios de inclusión, siendo estos en número de 10 pacientes los cuales serán evaluados.

### 3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Todos los pacientes se hicieron una operación de labio leporino y paladar hendido unilateral.
- b. Pacientes operados de Labio fisurado y paladar hendido (dos operaciones realizadas).
- c. Niños con labio y paladar fisurado Unilateral
- d. los pacientes de 4 a 6 años cumplidos.
- e. pacientes consientes en tiempo y espacio, aptos con todas sus facultades.

#### b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Pacientes que pertenezcan a otras áreas y que estén en otros procesos quirúrgicos
- b. Pacientes que no estén en la edad de 4 años a 6 años cumplidos.
- c. Pacientes que no estén consientes en tiempo y espacio, y que sus padres sean intervinientes en sus respuestas.

### 3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada viene a ser la **Encuesta**, porque la naturaleza del estudio se da en función de los datos que se obtengan, luego de aplicar nuestro instrumento, que permite evaluar las consonantes Sonoras Orales, Sordas no Continuas, Sordas Continuas, Nasaes y Laterales, de valor científico.

El investigador formulo preguntas que aporten los datos de interés, donde el operador buscó recoger información y la contraparte fue la fuente de información.



Lo primera fase está proporcionada por los datos personales del paciente participante.

La segunda es la evaluación de pronunciación de palabras que estarán impresas en láminas tamaño A4

La tercera parte es la clasificación y selección de consonantes que están distribuidos por letras Sonoras Orales, Sordas no Continuas, Sordas Continuas, Nasales y Laterales.

### **3.6. PROCEDIMIENTO**

#### **3.6.1. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**

- Se solicitó un permiso para la realización de encuesta dentro de las instalaciones del Hospital al Dr. Félix Hidalgo Ramírez y jefe médico del área de Cirugía plástica
- Se coordinó con el jefe del área de cirugía plástica del hospital para la ejecución del proyecto bajo su supervisión.

#### **3.6.2. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN EL INSTRUMENTO**

- El permiso del Sr. director del Hospital Regional
- Se cito a los niños con hora específica para la encuesta en un horario de 10am. a 12 am. y en la tarde de 16pm. A 18pm
- Se esperó en el área de Cirugía Plástica
- Se tomó en cuenta a los niños de 3 años – 11 años en el grupo de la muestra.
- Se otorgó la información a los padres para proceder con el consentimiento informado para la encuesta de sus hijos.
- Con autorización de los padres, se abordó a los niños durante un promedio de 15 minutos.
  - Dentro del cuestionario se tomó los datos personales del niño.



- Se pasó al espacio de las ilustraciones con los niños para la realización de la pronunciación de las palabras que se encuentran en los dibujos.
- Se realizó el cuestionario según CEFI. Con respecto a las LETRAS Sonoras Orales, Sordas no Continuas, Sordas Continuas, Nasales y Laterales, pidiéndole a los niños la pronunciación de dichas letras ya establecidas.
- La encuesta será de forma diligente.
- Los pasos fueron grabados individualmente para el reporte certero.

### **APORTE DE LA INVESTIGADORA**

Culminando en cuestionario, el papa o la mama solicitó más información sobre el caso de su hijo con labio y paladar hendido, se le otorgó información DE CONSENTIZACIÓN.

### **3.7. RECURSOS**

#### ➤ RECURSOS HUMANOS

- Unidad de estudio: 10 Pacientes
- Investigadora: Bachiller en estomatología, Yenifer Champi Valencia
- Asesor: CD. Esp. Cesar Henrique Herrera Menéndez

#### ➤ RECURSOS FÍSICO

- Hospital Regional, cusco 2019
- Biblioteca de la Universidad Andina del Cusco
- Internet

#### ➤ RECURSOS FINANCIEROS

- Propio de la investigadora



### 3.8. EQUIPO, INSTRUMENTO Y MATERIAL.

- Equipos:  
Laptop Toshiba  
Fotocopiadora  
Impresora  
Videograbadora
- Materiales  
Encuestas  
Ilustraciones tamaño A4
- Materiales de escritorio  
Papel bond A4  
Lapiceros azules

### 3.9. CAMPO DE INVESTIGACIÓN

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Estomatología - Cirugía Plástica
- Especialidad: Odontología

### 3.10. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

#### TÉCNICA DE PROCESAMIENTOS

La información obtenida fue procesada, en primer momento de forma manual mediante la utilización de datos (matriz de registro y control) y luego de forma electrónica en la que se especificará la variable de estudios con sus respectivos indicadores;

#### RECUENTO

Se realizó una encuesta manual sistematizado, también se usó el programa de Microsoft Excel y para efectos de su procedimiento Software SPSS.

#### TABULACIÓN

Se realizó un cuadro de distribución numérica porcentual de una o dos entradas acorde a lo necesario de cruzar valoraciones. **(Mientras el valor esperado sea menor al valor comparado, se refiere a que son dependientes)**

**CAPÍTULO IV****4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION****EVALUACIÓN FONÉTICA POSQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON  
LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO, SEGÚN CEFI EN EL  
HOSPITAL REGIONAL CUSCO 2019.****TABLA N°1 Distribución de los grupos de estudio**

<b>GRUPO DE ESTUDIO</b>	<b>N°</b>	<b>BILATERAL</b>	<b>UNILATERAL</b>	<b>%</b>
Pacientes niños de 4 a 6 años	10	00	10	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

La muestra es una sola, con 10 pacientes para el grupo experimental, siendo estos del grupo de Labio Leporino y paladar Hendido unilaterales.





**TABLA N° 2 RESULTADOS SEGÚN CONSONANTES DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION CEFI:**

Segmento		Total	Promedio
Sonoras Orales	b	82.5	72.5
	d	62.5	
	j	87.5	
	g	57.5	

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Tomando en cuenta la tabla de intervalos se puede observar que la consonantes orales Sonoras Orales se encuentran en un rango de MODIFICADO ya que su valor numérico se halla entre 72.5 de promedio, en las consonantes individuales podemos decir que la consonante B,J están en lo regularmente Normal, la D, G están en lo modificado .



**TABLA N° 3 RESULTADOS SEGÚN CONSONANTES DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION CEFI:**

Segmento		Total	Promedio
Sordas no continuas	p	65	59.17
	t	50	
	k	62.5	

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Tomando en cuenta la tabla de intervalos se puede observar que la consonantes Sordas No Continuas se encuentran en el rango de MODIFICADO ya que su valor numérico se encuentra en un 59.17 de promedio, en las consonantes individuales podemos decir que la consonante T están en lo Sustituido, la P,K están en lo Modificado.

**TABLA N° 4 RESULTADOS SEGÚN CONSONANTES DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION CEFI:**

Segmento		Total	Promedio
Sordas continuas	f	60	64.17
	s	80	
	x	52.5	

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Tomando en cuenta la tabla de intervalos se puede observar que la consonantes Sordas Continuas orales se encuentran en un rango de MODIFICADO/SUSTITUIDO ya que su valor numérico se encuentra en un 64.17 de promedio, en las consonantes individuales podemos decir que las consonantes F, S están en lo Modificado, la X está en lo Sustituido.

**TABLA N° 5 RESULTADOS SEGÚN CONSONANTES DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION CEFI:**

Segmento		Total	Promedio
nasales	m	85	82.50
	n	77.5	
	ñ	85	

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Tomando en cuenta la tabla de intervalos se puede observar que la consonantes Nasales orales se encuentran en un rango de Ligeramente NORMAL ya que su valor numérico se encuentra en un 82.50 de promedio, en las consonantes individuales podemos decir que la consonante M,N,Ñ están en lo normal.

**TABLA N° 6 RESULTADOS SEGÚN CONSONANTES DEL CUESTIONARIO DE EVALUACION CEFI:**

Segmento		Total	Promedio
laterales	r	45	56.67
	rr	45	
	l	80	

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

Tomando en cuenta la tabla de intervalos se puede observar que la consonantes Laterales orales se encuentran en un rango de SUSTITUIDO ya que su valor numérico es de 56.67 de promedio, en las consonantes individuales podemos decir que las consonantes R, RR, se hallan en la sección de Sustituido, la L en lo Normal.

Tomando en cuenta la tabla de intervalos se puede observar que la consonantes orales y consonantes nasales se encuentran en relación a MODIFICADO – NORMAL, las consonantes sordas no continuas, las sordas continuas y laterales se encuentran en relación MODIFICADO.



**TABLA N°7 DE ACUERDO A LA VALORACION DE LAS CONSONANTES EN SU TÉRMINO NORMAL, MODIFICADO, SUSTITUIDO, OMITIDO:**

Escala	Valor
Normal	100-76
Modificado	75-51
Sustituido	50-26
Omitido	25-0

Fuente: ficha de recolección de datos

**Interpretación:**

De 0 a 25 cuando la respuesta de la consonante es Omitida, de 50 cuando es Sustituida, 75 cuando es modificada y 100 cuando la pronunciación de la consonante es Normal. Para evaluar de mejor forma el total de los resultados.

**GRAFICO N°8 RELACION DE LAS CONSONANTES CON LA VARIABLE INTERVINIENTE.**

**Analizando el segmento de sordas continuas**

El segmento de sordas continuas, comprenden las consonantes f, s y x; las cuales serán evaluadas independientemente y en grupo. Para así poder explicar si aplicar el tratamiento genera resultados en el tratamiento de los pacientes.

**Consonante F**

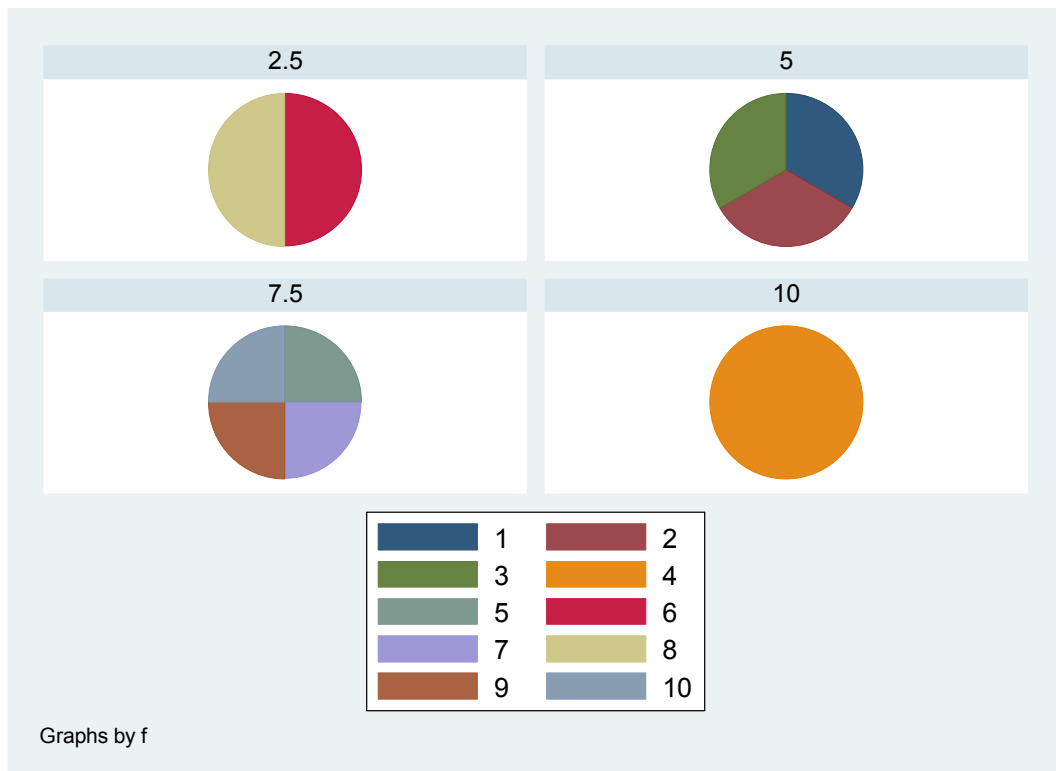


Gráfico N°1

Fuente Elaboración

Interpretación:

En el gráfico 1 de arriba se puede apreciar que, de los pacientes evaluados solo uno tuvo una respuesta normal mientras que dos dieron por respuesta la omisión de la consonante.

### Consonante S

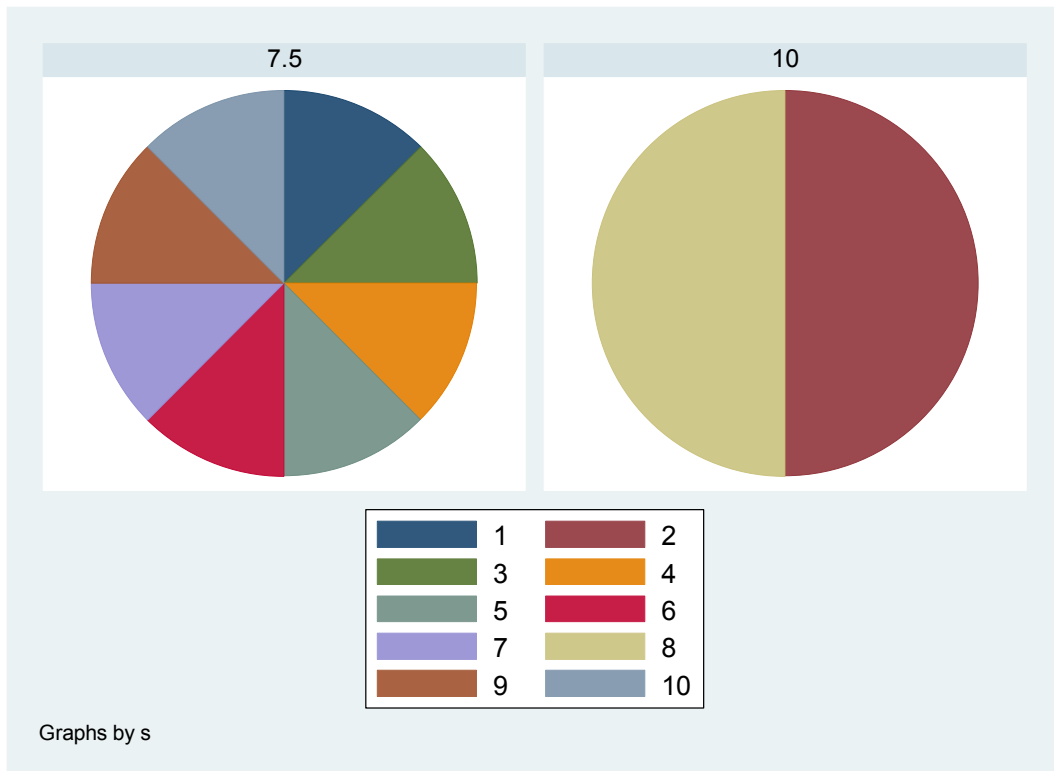


Gráfico N°2

Fuente Elaboración

Interpretación:

En el gráfico 2 se aprecia que, de los pacientes evaluados solo dos tuvieron una respuesta normal mientras que los demás dieron por respuesta como modificada de la consonante.



### Consonante X

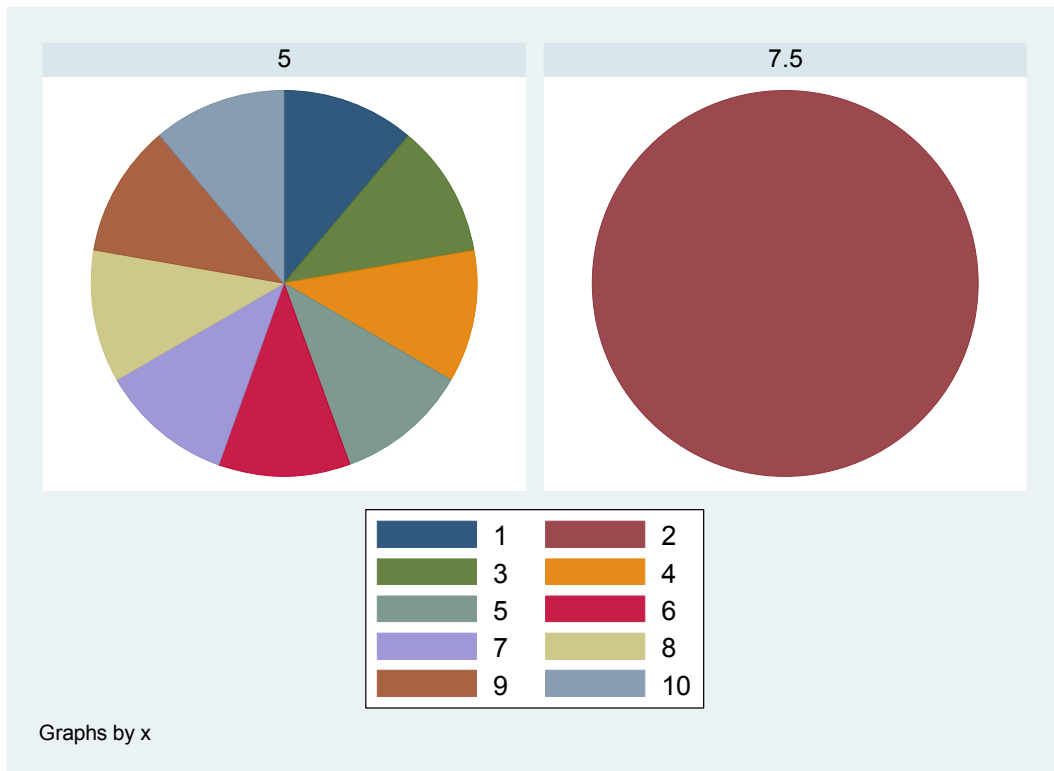


Gráfico N°3

Fuente Elaboración

Interpretación:

En el gráfico 3 se aprecia que, de los pacientes evaluados solo uno tuvo como respuesta omitido mientras que los demás dieron por respuesta como sustituida de la consonante.



**MATRIZ DE DATOS**

N° PACIENTES	SONORAS ORALES				SORDAS NO CONTINUAS			SORDAS CONTINUAS			NASALES			LATERALES			PIEZA DENTAL AUSENTE	LADO DE FISURA
	b	d	j	g	p	rr	l	f	s	x	m	n	ñ	r	rr	l		
CONSONANTES	b	d	j	g	p	rr	l	f	s	x	m	n	ñ	r	rr	l	2.2	Derecha
1	2	2	2	2	4	4	2	3	2	3	2	4	2	3	4	2	1.2	Izquierda
2	1	2	1	2	2	3	2	3	1	2	1	1	1	4	3	2	2.2	Derecha
3	2	3	1	4	2	4	2	3	2	3	3	2	2	3	4	2	2.1	Derecha
4	1	4	2	4	3	3	1	1	2	3	1	2	1	4	3	1	1.2	Izquierda
5	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2	1	1.2	Izquierda
6	2	2	2	4	2	4	3	4	2	3	2	3	2	3	4	3	2.2	Derecha
7	2	3	2	1	3	3	1	2	2	3	1	2	1	4	3	1	1.2	Izquierda
8	2	2	1	4	2	4	3	4	1	3	2	1	2	3	4	3	1.2	Izquierda
9	2	2	1	4	2	2	1	2	2	3	2	1	3	4	2	1	2.2	Derecha
10	2	4	2	1	3	4	2	2	2	3	1	2	1	3	3	2	2.2	Derecha



## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

Se sabe que la disfonía de los niños con labio leporino y paladar hendido luego de la operación sigue presente en ellos, este estudio nos demuestra y determina el valor de la disfonía de los niños con labio leporino y paladar hendido postquirúrgico en el hospital regional cusco; Para conseguir estos datos se ha aplicado una encuesta, que arroja los valores que esperamos en este trabajo de investigación.

Vanesa Gomes nos dice, que la vulnerabilidad de la voz en niños de 8 y 10 años con disfonía infantil; es un trastorno de la voz, distorsionado por una alteración orgánica ya sea disfuncional o mixta, y que no muestran diferencias significativas entre niños con voz normal y voz patológica. También nos dice que tiene causas muy concretas, por lo que, para poder analizar la disfonía, es necesario un enfoque multicausal para poder comprenderlo y así poder realizar planes de prevención en una población infantil en riesgo. Este estudio aplicado en los niños de una comunidad cerrada (población con labio leporino y paladar hendido) nos muestra por medio de la encuesta que si existe disfonía altamente real.

Pilar Vivar y Hernán León en su estudio del desarrollo fonético en niños de 3,5 y 11 años, realizan un seguimiento cronológico de sus edades y la adquisición de su lenguaje y el repertorio Fonético-Fonológico en la muestra de su trabajo de investigación. Nos explican también, que se observó un rendimiento general con respecto a la evaluación de consonantes; dijeron que los fonemas F, S, X y el grupo de L, LL, R fueron en su presentación los que más presentaron un porcentaje de dificultad; y las NASALES, las SORDAS NO CONTINUAS tuvieron un porcentaje de articulación normal, y en lo general; los niños de 3 años tienen el 80% de articulación normal, algo que en este estudio no se observa; y en las consonantes que menos dificultad tuvieron fueron en las nasales y en las oclusales. En el trabajo de investigación que realizó, los resultados fueron diferentes, por ello el motivo de mi variable interviniente que busca responder a mi investigación y estudio, teniendo en cuenta la presencia de piezas dentales.

Ortiz Avilar, en sus estrategias de intervenciones del habla en pacientes con fisuras labio palatinas, nos da a conocer las implementaciones con el



tratamiento del habla en función a la mejora de sus articulaciones, eso nos comprueba que, si existe la disfonía, pero no nos mencionan sus factores del por qué y el porcentaje en que tenemos que aplicar la fonación. Por ende, faltan especificaciones con fisuras labio palatinas. Utilizando una técnica de colocación fonética y enseñando a diferenciar auditivamente entre la articulación correcta de la incorrecta y algunos sonidos compensatorios con señales visuales para observar el posicionamiento articulatorio de la anatomía del sistema fonador.



Cabe indicar, que no se presta mucha atención a la participación de un profesional odontólogo para que este pueda observar la posición de las piezas dentales o ausencia de tal, así comprobar que tanto el orden y la presencia de piezas dentales en los pacientes con labio leporino y paladar hendido, influyen en la articulación.

Así, podemos decir que estos pacientes necesitan un tratamiento ortodóntico y de esta manera mejorar su desarrollo social y que estos pacientes lleven una vida más cómoda y productiva.

Montserrat Massa, en su estudio, el trastorno del lenguaje secundario a un déficit instrumental – déficit mecánico articulatorio; nos habla sobre la alteración de la fonación con respecto a las alteraciones con los órganos implicados en la producción y transmisión de la articulación; reduciendo la capacidad articulatoria y provocando alteraciones (en los pacientes con fisuras labio palatinas produciéndose la dislalia y disglosia por la forma funcional y la manera de botar el aire desde el diafragma pasando por el sistema respiratorio sin capacidad de resonancia en la cavidad oral por la fisura labio palatina o una buena estructura de los órganos buco faríngeos: Labio, lengua, dientes, paladar duro y blando. Como consecuencia de la disfonía, aparecerá patologías, describiendo así las alteraciones orgánicas y malos hábitos; por ello nos dice que el tratamiento, para la mejora de estos pacientes, debe abarcar el esfuerzo de profesionales implicados y preparados, de forma multidisciplinaria y ofreciendo una atención temprana y global, teniendo en cuenta a un odontólogo, médico y psicólogo.

Evelyn Huaccha, nos habla sobre el conocimiento de las madres sobre el cuidado de los niños con labio leporino y paladar hendido, post operatorio. En un 40% las madres de familia oscilan entre los 26 – 30 años donde se presenta este riesgo o su cuidado, y se dice que el 33.3% son niños de 60 meses predominado el sexo masculino y al 100% de las madres se les explicó lo que sus hijos deberían consumir y después de un tiempo regresar para el control de este y se SUGIRIÓ la visita a las áreas de tratamiento para mejorar la fonación sin mencionar el área de odontología para también poder tratar la disfonía.

Lisbeth Ebelin Janampa Landeo, Patricia Veliz Moreno, Tania Walde Cisneros en sus investigaciones sobre las alteraciones de producción del habla por



trastornos fonéticos y tipos de alimentación Enteral en niños de 5 años, nos dice que, el 52.2% presentó alteraciones por sustitución, el 22.1% por omisión y el 6.2% por adicción, el 10.6% por distorsión, y en estos el 53.2% por biberón; y en los últimos resultados predominó las alteraciones por sustitución, ya que el porcentaje mayor utilizaban el biberón, es el caso de los pacientes con fisuras Labio palatinas, en el 100% todos reciben alimentación por biberón especial para ellos; Comprobando así la igualdad de los resultados obtenidos con este estudio.

Lourdes Castañeda y Liliana Monterrey en su estudio de las características de la producción del habla en niños de 6 años, nos refieren que el 27.7% presentan alteraciones en el habla, de los cuales el 7.52% son alteraciones fonéticas de origen musculo esquelético. Por ello, tenemos que considerar también a los pacientes con labio leporino y paladar hendido, ya que ellos no tienen en su desarrollo musculo-esquelético de la cavidad oral completamente formado, en consecuencia, existe distorsión en la R y en la RR, predominando en nuestro estudio la omisión y la sustitución de estos fonemas.

Yanina Unda, en su estudio de la incidencia de la disfonía en los alumnos del primer grado (un promedio de 6 a 7 años) nos demuestra que en un 10% existe esfuerzo vocal con periodo corto tratado como enfermedad; y el 2.5% en resonancia laríngea (tratado como un esfuerzo vocal) una de las causas de la disglosia con un mínimo porcentaje en las letras S y Z que son fonemas dentales (Tengamos en cuenta la edad de la muestra estudiada y el comienzo del cambio dental del sector antero superior). Por consiguiente, se considera en nuestro estudio las consonantes SORDAS NO CONTINUAS, relacionándola a nuestra variable interviniente ya que los pacientes con labio leporino y paladar hendido no presentan pieza dental en el sector de la fisura.

Yina Quispe en su estudio de los padres de familia sobre el manejo de los niños con fisura labio palatinas en el hospital regional de cusco 2016- 2017 nos dice, que en su clasificación del grupo de conocimiento con respecto a la erupción dental en un 92.2% no tienen conocimiento y orientación, y sobre todo no tienen interés de visitar a un odontólogo. En un 59.4% se desconoce el aspecto sobre la higiene bucal, teniendo como consecuencia, que en el hospital regional no existe educación bucal y orientación hacia los padres de familia sobre el tema de



mejoramiento y atención hacia sus hijos con labio leporino y paladar hendido después de su operación.

Esto nos hace suponer que no se tiene conocimiento del trato y atención después de una operación de los pacientes con estas alteraciones ya que en este estudio se comprueba que en un 90% los niños no visitan el área de odontología ni van a terapias del lenguaje, siendo esto necesario para los niños con labio leporino y paladar hendido post quirúrgico, y por consiguiente poder mejorar la calidad de vida y la comunicación e introducirlos a los grupos sociales para su propia superación profesional y personal.



## CONCLUSIONES

- En la evaluación post quirúrgica de los pacientes con labio leporino y paladar hendido, se puede observar que la consonantes orales y consonantes nasales se encuentran rango MODIFICADO, así mismo las consonantes sordas no continuas, las sordas continuas y laterales se encuentran también se en encuentran rango MODIFICADO.
- La fonética Postquirúrgica de los pacientes con labio leporino y paladar hendido en los intervalos de las consonantes sonoras orales se encuentran en un rango MODIFICADO.
- La fonética Postquirúrgica de los pacientes con labio leporino y paladar hendido en los intervalos de las consonantes sordas no continuas orales se encuentran en un rango MODIFICADO.
- La fonética Postquirúrgica de los pacientes con labio leporino y paladar hendido en los intervalos de las consonantes sordas continuas orales se encuentran en un rango MODIFICADO.
- La fonética Postquirúrgica de los pacientes con labio leporino y paladar hendido en los intervalos de las consonantes nasales orales se encuentran en un rango NORMAL.
- La fonética Postquirúrgica de los pacientes con labio leporino y paladar hendido en los intervalos de las consonantes laterales orales se encuentran en un rango de SUSTITUIDO.





## SUGERENCIAS

- Se sugiere al personal de salud - área de cirugía plástica en el Hospital Regional Cusco a realizar una concientización a los padres de familia de los niños con labio leporino y paladar hendido a que realicen una terapia de lenguaje y la asistencia al área de odontología.
- Se sugiere que en las campañas de operación de labio leporino y paladar hendido que realiza el hospital Regional Cusco, se implemente con las terapias postquirúrgicas de terapia de lenguaje y al área de odontología.
- Se sugiere a los odontólogos del Hospital regional Cusco incentivar a los padres de familia que acudan con sus niños al área propiamente dicha, y llevar a sus niños cada seis meses para recibir ayuda y orientaciones sobre la salud oral y el procedimiento de sus erupciones dentales.
- Se sugiere a los odontólogos del Hospital Regional Cusco hacer tratamiento ortodóntico a los niños después de la operación, con ayuda de la Universidad Andina del Cusco.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Xiao Y, Wang J, Han D, y col. Un caso de diseminación intrapulmonar de papilomatosis respiratoria recurrente con transformación maligna. 2015; Pag350(1):55-7
2. Willging JP. Neoplasias laríngeas. En: Myers C, Cotton R, Shott S, eds. La vía aérea pediátrica. Un enfoque interdisciplinario. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 1995. Págs.75-76.
3. Vanesa Gómez Sánchez. Estudio de la vulnerabilidad de la voz en niños de 8 y 10 años con disfonía infantil, Cantabria, Santander, 2015. Pág. 3
4. PILAR VIVAR, HERNAN LEON, Desarrollo Fonológico-Fonético En Un Grupo De Niños Entre 3 Y 5, 11años, Chile, 2017.
5. ORTIZ AVILEZ JULIETH, Estrategias De Intervenciones Del Habla En Pacientes Con Fisura Labiopalatinas, Cartagena De Indias, 2017.Pag 5
6. MONTSERRAT MASSANA MOLERA, Transtornos Del Lenguaje Secundarios A Un Déficit Instrumental: Déficit Mecánico Articuladorio, España, 2015.Pag 5
7. EVELIYN YESENIA HUACCHA ALCANTARA, Conocimiento De Las Madres Sobre El Cuidado De Los Niños Con Labio Leporino Y Paladar Hendido Posoperatorio En La Campaña Santa Dorotea-Hospital Regional De Cajamarca 2014. Pag 5
8. LISBETH EBELIN JANAMPA LANDEO, PATRICIA VELIZ MORENO, TANIA WALDE CISNEROS, Alteraciones De La Producción Del Habla Por Trastornos Fonéticos Y Tipos De Alimentación Enteral En Niños De 5 Años En Dos Instituciones Educativas Nivel Inicial. Lima, 2018. Pag 3
9. LORDES CASTAÑEDA QUILCATE, ILIANA MONTERREY LEON, Características En La Producción Del Habla En Niños De 6 Años De Dos Instituciones Educativas Del Distrito De Concepción, Lima, 2016. Pag 8
10. YANINA LIA UNDA RIOS, Incidencia De Disfonía En Los Alumnos Del Primer Grado Del Colegio Particular Cristo Salvador, Lima, 2013. Pag 8..
11. YINA QUISPE ACUÑA, Nivel De Conocimiento De Los Padres De Familia Sobre El Manejo De Los Niños Con Fisuras Labio Palatina, En El Hospital Regional Cusco, 2016. Cusco, 2017. Pag 5



12. Belichón, M., Riviére, A. y Igoa, J. Psicología del lenguaje. Investigación y teoría. Madrid: Editorial Trota, 1996.
13. Freitas, D. Tejiendo redes: Conexión entre saberes para educación. 2007 <https://books.google.com.pe/books?id=eaWsBKNhIQsC&pg=PA7&dq=Te#v=onepage&q=Te&f=false>
14. Marchesan, I. teoría de la materia para estudiar la fonación de fonoaudiología: Aspectos clínicos de la motricidad oral. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana. 2002.
15. Marchesan, I. Terapia Fonoaudiológica en Motricidad Orofacial. Brasil: Editorial Pulso. 2013.
16. Centro Peruano de Audición Lenguaje y Aprendizaje. Perfil del estado auditivo, vocabulario, articulación de sonidos del habla y conocimiento fonológico de niños peruanos de 5 años. Lima, 2010.
17. Dosal, Raquel. La producción de la voz y el habla. La fonación. Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla- España. 2013-2014. <http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5583/DosalGonzalezR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Cortez Mondragón, M. Fonética y fonología del castellano. Lima, Facultad de Educación, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009.
19. Zorzi, J. Distinguiendo alteraciones del habla y del lenguaje, 2002. <http://www.cefac.br/library/artigos/38d6434cc634a8b3f448c6ebfe966320.pdf>.
20. Zorzi, J. La intervención fonoaudiológica en alteraciones del lenguaje infantil. 2da ed. Río de Janeiro: Revinter. 2002.
21. Moore, Persaud y Shiota. Atlas de embriología clínica. Editorial medica Panamericana. Aparato Braquial Faríngeo. Capítulo 7. España. 129-130. 2014
22. Langman S. Embriología Médica con orientación a la clínica. X edición. Estados unidos. Editorial medica Panamericana. 2007.
23. Palomero G, Vazquez MT, Vega J.A., Nieves F.J, Rodriguez C. Lecciones de Embriología. Universidad de Oviedo: Oviedo; 2000.
24. Corbo Rodriguez, Torres M. Labio y Paladar Fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev



- Cubana. 2001: 380-381. 11. Ministerio de Salud - Perú. Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=17018>
25. Fernández Sánchez J, Magan Moya A. El paradigma estético y funcional del paciente con fisura labiopalatina. 2010: 387-388.
26. Serrano CA., Ruiz JM, Quinceno LF, Rodriguez MJ. Labio y/o Paladar Hendido: Una Revisión. UstaSalud. 2009; 8:50
27. Ortiz Vásquez SD. Cirugía estética y reconstructiva del paladar Act.Clin.med. 2014;48:2557
28. Mena A. Rivera I. Epidemiología bucal(Conceptos Básicos). OFEDO-UDUAL. Caracas, Venezuela.1991
29. JACKSON Y MENALDI. La voz normal. Ed. Médica. 1992. Bs. As. Argentina.
30. Newzalan Guideline Group: <https://secpre.org/pacientes/cirugia-craneofacial/labio-y-paladar-hendido-2011>
31. Montoya H. Manual de malformaciones y deformaciones maxilofaciales. Ediciones Universidad de Concepción, Chile, mayo. 1997.
32. Arroyo Cantón, Carlos; Berlato Rodríguez, Perla «La comunicación». En Lengua castellana y Literatura. España. Pág. 407. 2012.
33. Gallego L. Los Trastornos de Lenguaje en el niño. Primera ed. Guadaíra A, editor. Bogotá: MAD S.L.; 2015.
34. Smith, D.J.: Intervención Enfermera Cuidado postoperatorio. En Lewis, S. M., McLean, M., Dirksen, S.R., O'brien, P. et al: Enfermería médico-quirúrgica. Madrid: Mosby 2004. Pag. 405-426
35. PILAR VIVAR, HERNAN LEON, Desarrollo Fonológico-Fonético En Un Grupo De Niños Entre 3 Y 5, 11años, Chile, 2017. Pag 4
36. Ministerio de salud, Dirección General de Salud de las Personas, Perú, 2001 – 2013.



# ANEXO