

HOSPITAL DOCENTE
CLINICO QUIRURGICO
CALIXTO GARCÍA

SERVICIO DE LOGOPEDIA Y FONIATRIA

AÑO 2006

REHABILITACION DE LOS
TRASTORNOS DE NOMINACION
COMO UNO DE LOS SINTOMAS
ESENCIALES EN LA AFASIA.

AUTORES:

Lic. Alina Ojalvo Menéndez

MSc. Dora M. Chongo Almeral

COAUTORES:

Dra. Adis Ferrer Sarmiento

Lic. Giselle Núñez González

Lic. Alicia Florentino Valdés

PROBLEMA

¿Son sensibles a cambios los trastornos de nominación en pacientes afásicos de tipo Motriz sometidos a un programa de rehabilitación personalizado?

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo está dirigido a *constatar la rehabilitación de la esfera del lenguaje en un paciente diagnosticado de Afasia Motriz a través de un programa de tareas dirigidas a los trastornos de nominación.*

Material y Método

Presentación de un caso. Paciente de 68 años de edad con un diagnóstico de Afasia Motriz. Al mismo se le aplica para el diagnóstico de las alteraciones del lenguaje la siguiente técnica antes y después del tratamiento Logopédico:

- ü Metódica Modificada para la exploración del paciente afásico. Test Svietskova
- ü Tratamiento Logopédico

Continuación...

A partir del Programa de Rehabilitación Neurológica para pacientes con L.E.E portadores de Afasia se trazaron estrategias de trabajo basados en los trastornos de nominación y evocación padecidos por el paciente, tales como:

- ü Nombrar objetos con imagen presente.
- ü Reconocimiento de objetos al tacto u olfato.
- ü Completar oraciones con la palabra apropiada.
- ü Trabajo con categorías de palabras, antónimos, sinónimos y familia de palabras.
- ü Explicar la funcionalidad de objetos relacionados con su experiencia premórbida.
- ü Exponer al paciente a situaciones funcionales del punto de vista verbal para su vida cotidiana.

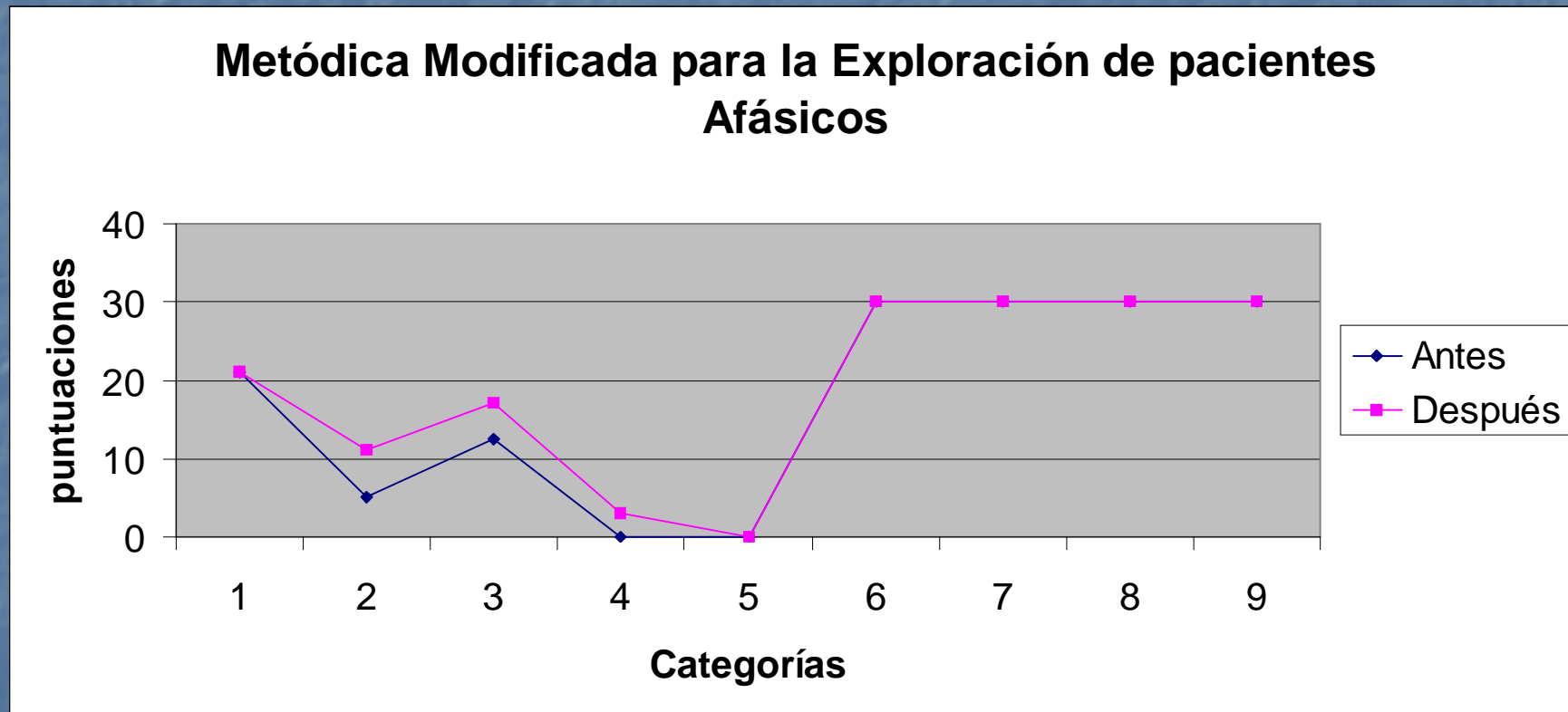
Resultados.

Tabla 1.

Resultados de la aplicación de la Metodica modificada para pacientes Afásicos.

Nº	Categorías	Puntuaciones	
		Antes	Después
1	Diálogo	21	21
2	Nombrar Objetos	5	11
3	Nombrar Acciones	12,5	17
4	Formación de oraciones	0	3
5	Formación de narraciones	0	0
6	Comprensión de palabras que signifiquen objetos	30	30
7	Comprensión de palabras que signifiquen acción	30	30
8	Comprensión de frases	30	30
9	Comprensión de Instrucciones	30	30
Total		158,5/270	172/270

Grafica 1.



Procesamiento estadístico:

Los resultados obtenidos después de procesar los datos mostraron que los cambios presentes en el paciente de forma singular en cada una de las categorías no resultaron significativos, pero de forma global podemos afirmar que los resultados obtenidos muestran un significativo avance dentro del área de la comunicación. (Tabla 2.1 y 2.2)

Comparación de dos variables (test de apareamiento por macheo- Wilcoxon) Comparing two variables

	Valid	T	Z	p-level
Antes & Después	9	0,00	1,603567	0,108810

Procesamiento estadístico

T-Test for single Means. T-test para medias únicas

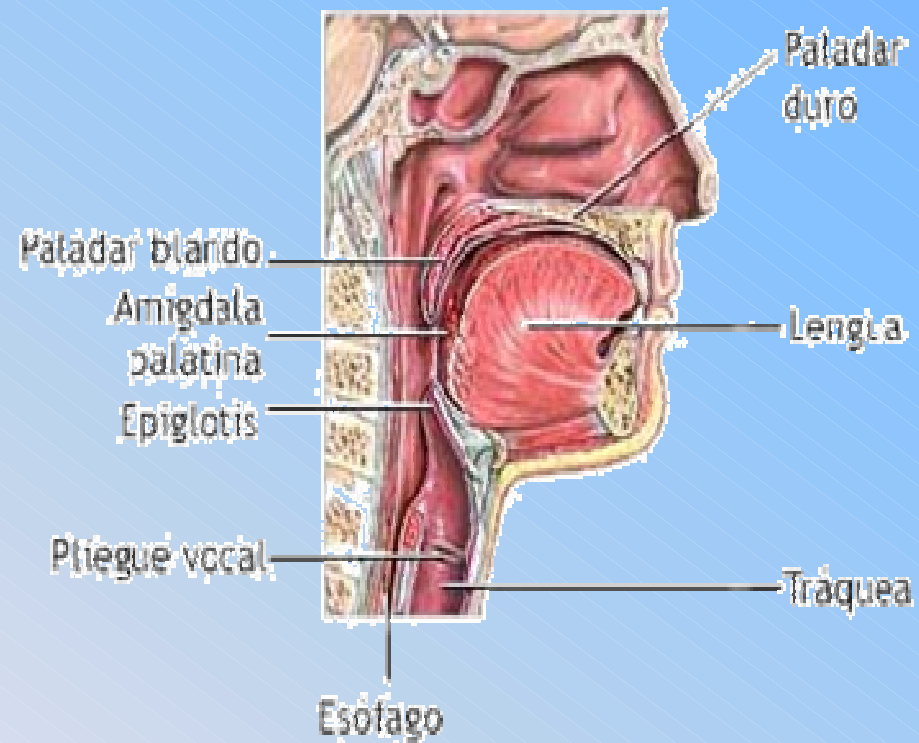
Test of means against reference constant (value)

	Mean	Std.Dv.	N	Std.Err.	Reference	t-value	df	p
Antes	17,611 11	13,37390	9	4,457966	0,00	3,950482	8	0,004233
Después	19,111 11	12,10831	9	4,036103	0,00	4,735041	8	0,001473

Conclusiones:

- ü Se logran resultados en cuanto a la comunicación del paciente de forma global.
- ü Las estrategias terapéuticas personalizadas enfocada hacia los trastornos específicos del paciente desde el punto de vista verbal, contribuyen a la incorporación paulatina del paciente a la vida social y mejora su calidad de vida

REPERCUSIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA COMUNICACIÓN



Autora: Dra. Yanet Díaz Pérez

INTRODUCCIÓN

La comunicación oral resulta una de las capacidades necesarias para el ajuste, la integración y el control tanto individual como social, al tiempo que revela detalles de la personalidad normal o anormal del individuo. Es el medio imprescindible para el desarrollo de la civilización, es el vehículo por excelencia de las relaciones humanas, ya que el hombre vive y se desenvuelve en una sociedad verbal.

En el desarrollo de las praxias de la zona oral tienen una importancia vital los reflejos orales y la alimentación, ya que constituyen una sinergia de movimientos, que son luego los que permiten los movimientos del habla, todos los órganos del aparato fonoarticulatorio inicialmente fueron utilizados para los fines de conservación de la vida y secundariamente se usaron para la comunicación oral (parasitismo anatómico), por lo que se requiere que estos órganos estén en buenas condiciones anatomofisiológicas para desempeñar esta función.

A través de la succión con participación activa de los labios, favorecerá la producción de los fonemas del I nivel.

I nivel: /p/, /b/, /m/, /f/.

Con la masticación con participación activa de la lengua, los fonemas del II nivel y III nivel.

II nivel: /h/, /d/, /n/, /s/, /l/, /r/.

III nivel: /ch/, /ll/, /ñ/.

Con la deglución los fonemas del IV nivel.

IV nivel: /k/, /g/, /j/.

La deglución es el acto de propulsión del alimento desde la boca hasta el estómago. Consta de una serie de eventos coordinados neuromusculares controlados por el tronco cerebral, que se dividen en tres tiempos:

ü Oral

ü Faríngeo

ü Esofágico

Etapa oral

Incluye todo aquello que sucede en la boca del individuo, incluso antes de la llegada del alimento. La actividad motora es fundamentalmente voluntaria y se divide en una fase preparatoria y una de transporte.

☞ Fase preparatoria: Se produce cierre de labios, movimientos laterales y rotatorios de la lengua y maxilar inferior, tono facial determinado, caída del velo del paladar; en ella se tritura, lubrica y saborea el alimento. El control nervioso depende de los pares craneales: V, VII, IX, X, XII.

☞ Fase de transporte: En ella la punta de la lengua contacta con el paladar duro y se contrae de delante hacia atrás exprimiendo el bolo alimenticio hacia la faringe, dura un tiempo de un segundo.

Etapa faríngea

Es una etapa involuntaria que dura un segundo. El istmo de los fauces contraído y la retropulsión de la lengua informan al bolso por los pares V y X de la presencia del bolo. Su contracción misma es un estímulo, hay un paro respiratorio momentáneo porque el alimento comparte vía común con el aparato respiratorio y digestivo, se cierra la laringe en sus tres niveles y el bolo desciende hacia el orificio superior del esófago.

Etapa esofágica

Se inicia una vez que el bolo traspasa el esfínter esofágico superior y posteriormente llega al estómago. Se renueva la respiración. La innervación esta dada por el X par, el tiempo esofágico es de 8 a 20 segundos y es de forma involuntaria.

Trastornos más importantes en cada fase y su expresión clínica en la alimentación y el habla.

Ø Bucal preparatoria:

Cierre insuficiente de labios: Babeo o salida de alimentos por la hendidura labial, dificultad para pronunciar fonemas del I nivel como la /p/ y la /b/.

§ Tono facial aumentado o disminuido: Acumulación de alimentos hacia el lado afectado.

§ Disfunción mandibular: Masticación insuficiente, dificultad para pronunciar la /t/.

§ Dificultad en la movilidad vertical y lateral lingual: Incapacidad de formar el bolo y de masticar. Los líquidos se desparraman por la boca y pueden caer en la faringe, la ausencia de aplanamiento de la lengua dificulta o impide la pronunciación de la /a/, así como de otras vocales, también de fonemas del II y III nivel.

§ Deficiente funcionamiento velar: Hay paso involuntario de alimentos a la hipofaringe, aumento de la resonancia nasal y dificultades para articular fonemas del IV nivel.

Ø Bucal de transporte:

El déficit estructural o neurológico de movilidad lingual disminuye la eficiencia de la propulsión y aumenta el tiempo bucal, los líquidos van más a la laringe que los semisólidos causando la aspiración; hay impedimento para la pronunciación de fonemas del II nivel como la /l/, /t/, /d/ y /s/.

Ø Fase Faríngea:

- **Insuficiencia del velo:** Reflujo nasal, alteración en la producción de fonemas del IV nivel y trastornos resonanciales.
- **Parálisis uni o bilaterales de cuerdas vocales:** La glotis no se cierra en la deglución, provocando pase de alimentos a las vías respiratorias y disfonías.
- **Falla de ascenso laríngeo:** Provoca aspiraciones de alimentos y trastornos en la voz.
- **Parálisis faríngea unilateral:** Acumulación de alimentos en el seno piriforme del mismo lado, trastornos resonanciales y articulatorios del IV nivel.
- **Parálisis faríngea bilateral:** Acumulación de alimentos en ambos lados, trastornos de voz y dificultades para la pronunciación del IV nivel.
- **Falla del gatillo:** No hay coordinación o ausencia de todos estos elementos, por lo que la expresión clínica es general: disfagia, alteraciones articulatorias y de la voz.

OBJETIVOS

GENERAL

Ø Conocer las repercusiones en la comunicación de los trastornos de la alimentación en el niño.

ESPECÍFICOS

Ø Precisar los trastornos de la alimentación y logofoniatricos más frecuentes.

Ø Relacionar los diagnósticos de los trastornos de la alimentación y logofoniatricos.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el período comprendido de Enero del 2004 hasta Febrero del 2005, se realizó un estudio descriptivo y prospectivo que abarcó una muestra de 56 niños procedentes de la consulta de Terapia de Alimentación del Servicio de Atención Temprana, del Hospital Pediátrico Universitario "Pedro Borrás Astorga", a los cuales se les realizó una evaluación de la alimentación; además de un diagnóstico nutricional, pediátrico y logofoniatrico, con el objetivo de establecer una relación entre los mismos.

TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico No.1: Distribución de los pacientes según la edad

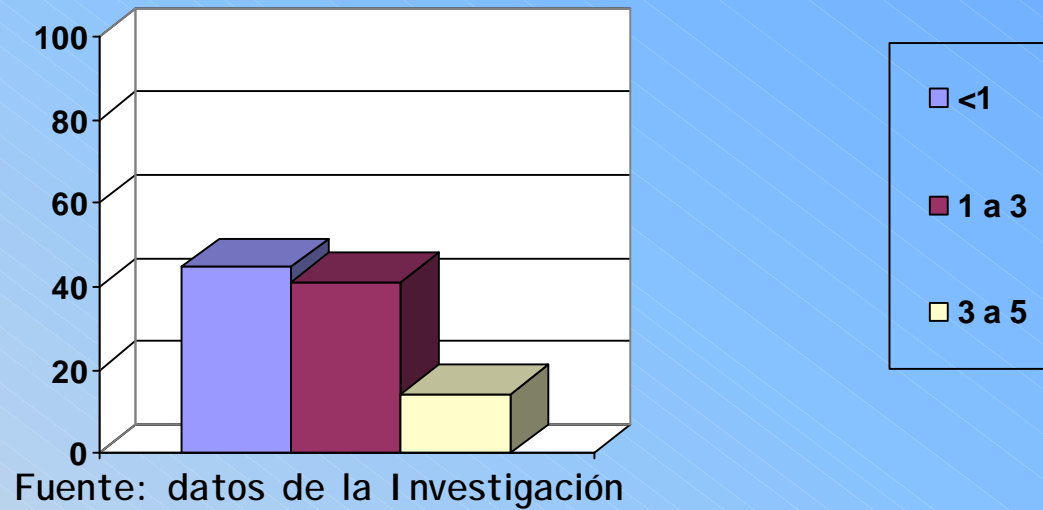


Gráfico No.2: Distribución de los pacientes según el sexo

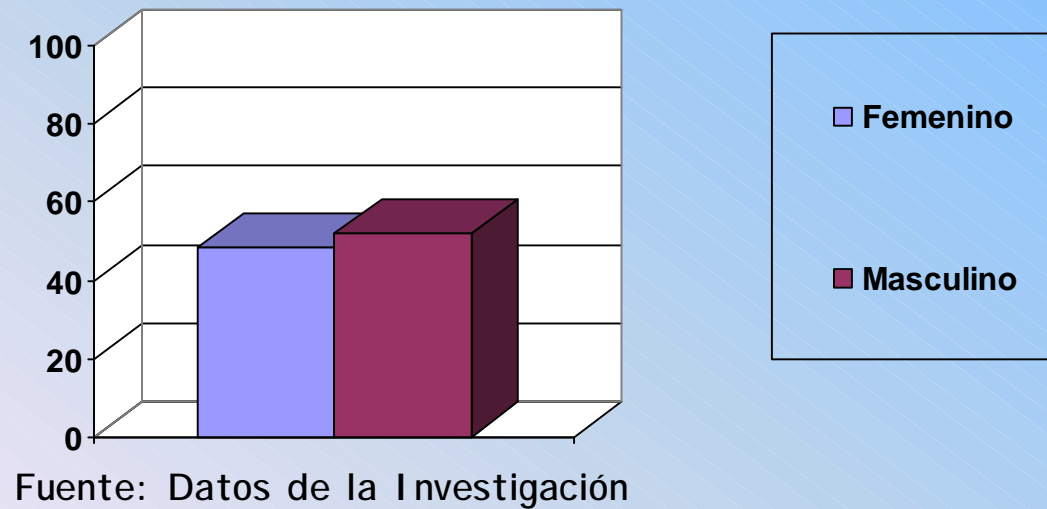


Tabla No.1: Diagnósticos pediátricos

Diagnóstico	P	%
1. Síndrome Hipotónico	25	44.6
2. Síndrome de West	5	8.92
3. Epilepsia	2	3.57
4. Retraso del Desarrollo Psicomotor	29	51.78
5. Lesión Estática del SNC	21	37.5

Fuente: Datos de la Investigación

ES = 5.43p < 0.05

Tabla No.2: Referencia cruzada de los diagnósticos pediátricos

	1	2	3	4	5
1					
2	1				
3	1	0			
4	15	0	0		
5	0	1	0	4	

Además hay un paciente con diagnósticos 1, 2,4 y otro con diagnósticos 1, 4,5

Fuente: Datos de la Investigación

Gráfico No. 3: Valoración Nutricional

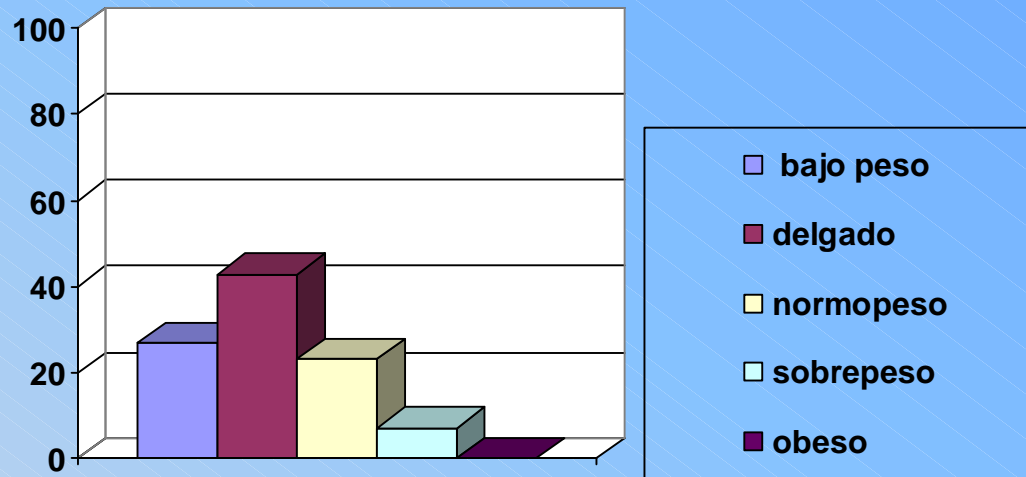


Tabla No.3: Diagnósticos de los trastornos de la alimentación

No.	Trastornos de la alimentación	P	%
1	Patrón postural anormal del niño y la madre durante la alimentación	46	82.14
2	No control cefálico ni del tronco	19	33.92
3	Disfagia de la fase oral de la deglución	39	69.64
4	Disfagia de la fase faríngea de la deglución	1	1.78
5	Disfagia de la fase esofágica de la deglución	0	0
6	Técnicas y dinámica inadecuadas en la alimentación	20	35.7

ES = 8.47 p<0.05

Fuente: Datos de la Investigación

Tabla No 4: Referencia cruzada de los trastornos de la alimentación

	1	2	3	4	5	6
1						
2	19					
3	4	19				
4	1	1	1			
5	0	0	0	0		
6	13	4	10	0	0	

Fuente: Datos de la Investigación

Tabla No.5: Disfagia de la fase oral de la deglución

No	Trastornos	P	%
3.1	Incoordinación succión-deglución	5	8.93
3.2	Incoordinación masticación deglución	15	26.79
3.3	Funcionalidad de labios restringida	27	48.21
3.4	Motricidad reducida de la lengua	21	37.50
3.5	Disfunción mandibular	4	7.14
3.6	Masticación	27	48.21

ES=4.61 p<0.05

Fuente: Datos de la Investigación

Tabla No.6: Técnicas y dinámica inadecuadas de la alimentación

Técnicas y dinámicas de la alimentación	Pacientes	%
Sin disfagia de la fase oral	8	40.0
Con disfagia de la fase oral	12	60.0
Total	20	100

Fuente: Datos de la investigación

Tabla No.7: Diagnósticos logofoniatricos

Diagnósticos logofoniatricos	Pacientes	%
Retraso del lenguaje	16	28.5
Retraso del lenguaje y del habla	30	53.5
Disartria	8	14.5
Sin alteraciones logofoniatricas	2	3.5
Total	56	100

Fuente: Datos de la investigación

Tabla No.8: Relación de las alteraciones logofoniátricas y la disfagia de la fase oral de la deglución

Trastornos de la alimentación	Alteraciones logofoniátricas						Total	
	RL	%	RLH	%	Disartria	%	Pacientes	%
Con Disfagia de la fase oral	9	16.6	22	40.7	8	14.8	39	72.2
Sin disfagia de la fase oral	7	12.9	8	53.3	0	0	15	27.8
Total	16	29.7	30	55.5	8	14.8	54	100

Fuente: Datos de la investigación

CONCLUSIONES

1. Predominó en la muestra estudiada los niños menores de un año y el sexo masculino.
2. El Retraso del Desarrollo Psicomotor, el Síndrome Hipotónico y la Lesión Estática del SNC se ubican en los primeros lugares en cuanto a diagnóstico pediátrico. Hubo niños en los cuales coincidió más de una entidad nosológica.
3. En la valoración nutricional tuvieron mayor incidencia los niños delgados y bajo peso.
4. Los trastornos de la alimentación más frecuentes fueron: el patrón postural anormal de la madre y del niño durante la alimentación, la disfagia de la fase oral de la deglución y el uso de técnicas y dinámica inadecuadas en la alimentación.
5. Las alteraciones más frecuentes en la disfagia de la fase oral de la deglución fueron la funcionabilidad de labios restringida y las dificultades en la masticación.
6. El 96.5% de los pacientes estudiados presentaron alteraciones logofoniatricas.
7. El diagnóstico logofoniatrico más frecuente fue el Retraso Secundario de Lenguaje y Habla.
8. Predominaron los niños con disfagia de la fase oral de la deglución asociada a retraso de lenguaje y habla por lo que se corrobora la repercusión en la comunicación de los trastornos de la alimentación.
9. Por la alta incidencia de patrones anormales y técnicas inadecuadas en la alimentación en pacientes con alteraciones del neurodesarrollo se hace indispensable que todos sean evaluados desde la primera consulta, para evitar esta práctica incorrecta que repercute en la comunicación como se ha demostrado empeorando la disfagia.

RECOMENDACIONES

1. Realizar una evaluación de la alimentación en todos los pacientes portadores de retrasos de lenguaje y habla, dislalia generalizada y disartria, en las consultas de Logopedia y Foniatría.
2. En las consultas de Lenguaje de Atención Temprana debe incluirse un examen logofoniatrico integral a todos los pacientes, incluyendo la evaluación de la alimentación y la respiración.
3. Debe incluirse en el sistema de evaluación de los niños con trastornos en el neurodesarrollo la Guía de Evaluación de la Alimentación.