

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS DISARTRIAS.

SERVICIO DE LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

AUTOR. DR .LUIS ÁLVAREZ LAMI

COLABORADORES.

DRA ANA CECILIA BERMÚDEZ MENDOZA

LIC. MARÍA ESTHER MUÑOZ HERMIDA

LIC. RAIZA GATA PÉREZ.

INTRODUCCIÓN

La disartria es una alteración del habla que tiene como base un trastorno neurológico. Generalmente se acompaña de dificultades en algunos atributos de la voz (disfonías neurológicas), de alteraciones de los movimientos biológicos de los órganos buco faríngeos (incluyendo masticación y deglución), y en ocasiones de incoordinación fono respiratoria.

.El deterioro de un sector del sistema nervioso responsable de la emisión del habla puede ocurrir en cualquier parte de los tractos que van desde el cerebro hasta el propio músculo. Los desajustes en la Inervación de estos músculos (trastornos neurogénicos), en la función del músculo mismo (trastornos miopáticos) o de la coordinación motora (trastornos apráxicos), dan defectos del habla y de la voz por disminución de la fuerza muscular de los órganos fonoarticulatorios y respiratorios, por trastornos del tono muscular (flacidez, espasticidad, rigidez) o por movimientos involuntarios.

Por el sitio de la lesión las disartrias se clasifican en:

Disartria por trastornos de la motoneurona superior

Disartria por trastornos de la motoneurona inferior

Disartria por trastornos cerebelosos

Disartria por trastornos extrapiramidales

Disartria por trastornos de múltiples sistemas motores

Por las características sintomatológicas:

Disartria espástica

Disartria flácida

Disartria atáxica

Disartria discinética

Disartria mixta

}

Por la toma articulatoria:

Disartria generalizada (trastornos en la articulación general y aislada)

Estado disártrico (toma articulatoria cambiante, variable por patología de base cambiante en el tiempo), o que evoluciona por crisis).

Restos disártricos (trastornos en la articulación general y no en la aislada).

Como es de suponer por todo lo dicho anteriormente, las causas son muy numerosas:

Accidentes vasculares cerebrales, tumores, Parálisis cerebral infantil, traumas craneales, arteriosclerosis, Infecciones, alcoholismo, Intoxicaciones, Poliomieltis, Parálisis Pseudobulbar por daño corticobulbar bilateral, Miosotis, distrofias musculares, Miastenia Grave, poli neuropatías periféricas, Síndrome de Guillain Barré, Ataxia de Friedrich., Enfermedad de Parkinson, Distonías deformantes y focales, Corea, Atetosis, Esclerosis Lateral Amiotrófica, la Esclerosis Múltiple, la enfermedad de Wilson, Enfermedad de pick, Enfermedad de Alzheimer y otras menos frecuentes. De todo se desprende que la sintomatología del enfermo es muy amplia. Dos enfermos disártricos pueden no parecerse porque sus manifestaciones clínicas logofoniátricas están en dependencia de la enfermedad

de base, del nivel del sistema nervioso o muscular afectado y del compromiso mayor o menor de las estructuras involucradas.

Las disartrias pueden ser leves, moderadas o severas. El grado extremo se conoce por Anartria. La evolución y el pronóstico dependen de la patología de base, del grado de afectación fono articulatorio, de la característica personal y el entorno social del paciente.

Las disartrias leves y moderadas tienen buen pronóstico.

Las disartrias severas o las causadas por enfermedades progresivas tienen mal pronóstico.

Evidentemente, no es posible hacer un tratamiento rehabilitatorio verbo vocal rígido, sin embargo, por lo complejo del problema y por las diferencias de criterio entre muchos especialistas creemos muy útil protocolizar nuestra actuación ante un paciente disártrico.

OBJETIVOS.

´-Tener una guía de actuación general ante un paciente con una patología tan compleja como la disartria.

-mejorar la calidad de la atención con el fin de acortar en lo posible el tiempo rehabilitatorio del paciente.

DESARROLLO

En la mayoría de los casos el paciente viene remitido a nuestra especialidad por neurología, neurocirugía o medicina interna con el diagnóstico de la enfermedad de base. Las más frecuentes son los accidentes vasculares cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, tumores, trastornos extrapiramidales de diversa índole y enfermedades degenerativas.

En este caso se procederá a hacer la historia clínica de la especialidad y se impondrá el tratamiento logofoniatrico que corresponda.

En la historia clínica hay que dejar constancia de la destreza y habilidades del paciente para relacionarse, su entorno social comunicativo y de aprendizaje, su grado de autonomía, los objetivos a reforzar, el estado actual de su comunicación, y sus posibilidades de acceso a la computadora.

Se grabará al paciente.

Se hará laringoscopia indirecta si existen trastornos del timbre de la voz.

Si se trata de un caso remitido por trastornos del habla o la voz y por el interrogatorio y el examen se sospecha una causa neurológica, se indicarán los exámenes complementarios siguientes en dependencia del índice de sospecha:

Radiografía de tórax, de columna cervical, de cráneo

TAC de tallo cerebral o de cráneo.

Potenciales evocados de tallo.

Electromiografía.

Doppler carotídeo y del sistema vertebro-bacilar

Test de ceruloplasmina

Se Interconsulta con la especialidad que corresponda (neurología, neurocirugía)

TERAPIA REHABILITATORIA LOGOFONIÁTRICA

PARA LA ARTICULACIÓN

En los casos severos se comenzarán con

Ejercicios prearticulatorios y ejercicios de respiración

Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo

Ejercicios de mímica facial

Extenso proyección bilabial funcional sonora

Gimnasia respiratoria

Soplos de jadeo

Espiración prolongada sin y con vocalizaciones.

Creación del esqueleto fonemático de los diferentes sonidos verbales del idioma (sigmoterapia, funcionalismo J, vibración bilabial, arco lingual funcional, funcionalismo P, K, G, etc., en dependencia de los fonemas afectados.

Funcionalismos unidos a vocales y continuar con los pasos establecidos hasta la automatización del fonema afectado.

Habla silabeada

Repetición de frases y oraciones marcando la articulación.

Habla sobre articulada

Lectura fraseológica

Cuchicheo extenso e intenso

Sincronización entre la escritura y el habla

Habla con lentitud exagerada.

PARA AL VOZ

Para mejorar el timbre parético y aumentar la intensidad se indicarán:

Técnicas de empuje (si el paciente tiene posibilidades de hacerlas)

Funcionalismo P

Conteo de números, palabras, frases y oraciones con apoyo abdominal

Staccato.

Técnicas tusígenas

Retroalimentación

Ejercicios de Sobrearticulación

Aumento de tono

Emisión con ruido competitivo

PARA LA RESONANCIA NASAL AUMENTADA SE INDICARÁN:

Funcionalismos, P, K, S.

Soplos de jadeos

Ejercicios s-t

Denasalización a partir de la J y la S

Staccato con K y P

Técnicas de empuje si el paciente tiene posibilidad

Modificación de la posición de la lengua

Cuchicheo intenso

Sobrearticulación

Aumento de la intensidad

Disminución del tono,

Retroalimentación auditiva

PARA MEJORAR EL TIMBRE ESPÁSTICO SE INDICARÁN:

Ejercicios relajatorios de tracto Buco-faringo-laríngeo

Emisión con inclinación y rotación de la cabeza

Sinquinesia maxilo-vocal

Masticación Sonora Natural

Masticación Sonora Verbal

Técnica de bostezo-suspiro

Terapia de canto.

Susurro

PARA EL CONTROL DEL AUMENTO DE LA INTENSIDAD:

Retroalimentación auditiva

Contraste de intensidades

Masticación Sonora Natural, seguida de frases y oraciones

Masticación Sonora Verbal

Técnica de bostezo-suspiro

Sinquinesia maxilo-vocal

Susurro

PARA MEJORAR LA MONOTONÍA SE indicarán:

Terapia de canto

Conversación mediante canto

Variación de tonos e intensidades

Imitar patrones de entonación

Repetición de oraciones marcando entonación, oraciones interrogativas, afirmativas y contrastantes

Repetición de oraciones marcando elementos de enlace

Interjecciones

Retroalimentación

PARA LA DISENTONÍA SE INDICARÁN:

Emisión de sonido neutro monótono

Habla monótona

Técnicas relajatorias

Masticación Sonora Natural, seguida de frases y oraciones con monotonía

Masticación Sonora Verbal

Sinquinesia maxilo-vocal

Cuchicheo

Retroalimentación auditiva.

PARA LA FLUIDEZ SE INDICARÁN:

Técnicas espiratorias

Técnicas de ritmo

Técnicas entonacionales (marcar entonación en palabras, frases y oraciones)

Masticación Sonora Natural

Masticación Sonora Verbal

Terapia de canto

Staccato.

Conversación mediante canto

TERAPIA PARA LA RESPIRACIÓN

Toma del aire nasal y expulsión lenta por la boca

Respiración de flancos

Toma de aire acompañada de movimientos de expansión tóraco-abdominal.

Toma de aire con control espiratorio abdominal

Relajar abdomen en inspiración y contraer durante la espiración.

Espiración con sonido neutro, controlando el tiempo de fonación que debe ser cada vez más largo, con frases y oraciones cada vez mas largas

Contar la mayor cantidad de números y/o palabras con una espiración

Staccato

TERAPIA PARA LA DEGLUCIÓN

Estimular los labios, la lengua y la faringe

Ejercicios de mímica facial

Contractura velar y faríngea (funcionalismos K, P, G)

Técnicas masticatorias

Técnicas de empuje

Postura corporal adecuada

Adecuación de la dieta

Toda esta terapia puede ser facilitada por el uso de la computadora que implica una ampliación del tratamiento y una mayor complejidad y flexibilidad en su uso y un estímulo para el paciente, ya que los diferentes programas constituyen

sistemas interactivos de imágenes, signos, curvas y juegos que están en función de la respuesta correcta o no del paciente. Con ello puede controlarse el número de aciertos y errores y, registrarse los resultados en cada sesión de trabajo logopédico. En función de ciertas variables puede variar el nivel de dificultad de la tarea y cambiarla por una más sencilla o más difícil.

LOS SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN (SAD)

Los sistemas alternativos de comunicación (SAD), son códigos creados para pacientes que por su deterioro físico-motor o por las alteraciones estructurales (orgánicas), o funcionales de su aparato verbo-vocal no pueden comunicarse ni podrían llegar a hacerlo a través de las técnicas funcionales logofoniátricas descritas anteriormente

Estará planteado utilizar esta comunicación extraverbal en pacientes en los que se demuestre en la práctica que no están capacitados para hacer ni aprender las técnicas habituales establecidas por limitaciones motoras extremas.

Los pacientes se seguirán por consulta quincenalmente los dos primeros meses. Después una vez al mes

Acudirán al departamento técnico para tratamiento rehabilitador una vez por semana con el licenciado.

Si están ingresados lo harán todos los días. Si son externos vendrán una vez por semana.

Las sesiones de tratamiento durarán treinta minutos. Las diferentes técnicas podrán realizarse entre cuatro a ocho semanas.

Se le orientará al paciente a que realice los ejercicios en su hogar todos los días, varias veces al día

EVALUACIÓN Y CONTROL

Se hará revisiones de la historia clínica cada tres meses en los que se evaluará la recogida de datos, las indicaciones complementarias en dependencia del caso, el orden y la regularidad de la terapéutica, y el seguimiento del paciente por el departamento técnico.

Como se ha expresado no contamos con métodos objetivos para medir la eficacia del tratamiento, por lo que debemos estimar como parámetro importante el puntaje de satisfacción de pacientes y familiares (por encuesta), con respecto a la atención que ha recibido y a la mejoría que ha experimentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Disartria cerebelosa. Tratamiento logopédico: Itzar, Galarza. Rev. Logop, fon, audiol. 2000 Vol VIII. Nro 2 (84-87) 1998.
2. Disonía hereditaria sensible a levodopa. J. Gripo, a. Laquente. REV NEUROL 2002; 34 (10): 933-936.
3. La voz y el tratamiento de sus alteraciones: Boone, R. Ed. Médica Parm. B. Aires 1987
4. Logopedia en la parálisis cerebral. Diagnóstico y tratamiento; Manuel Puyuelo. Edit Masson. Sa. Barcelona, 1996. 93-114
5. J. Prater, R. Swift.: manual de terapia de la voz. Salvat. Ed. 1989. pág.145.
6. Neurología para especialistas del habla y del lenguaje. Russell J. Wanda G. edit panam. B. aires. 1992.
7. Miastenia grave en la infancia. Presentación de 12 casos. N. Garófalo. Gómez, N. Sardinias. REV NEUROL 2002; 34 (10):908-911.
8. Medalia A.: neuropsychological impariment in Wilson's disease. REV NEUROL. 1998 :45. 502-504.
9. R. Bassin, MT, Fernando Lucas.:Primer Congreso Internacional de neuropsicología en INTERNET. Tópico: neuropediatría 1999
10. Protocolo para el abordaje en personas parálíticas cerebrales. J: Peña. Casanova. www espaciologopédico.com.
11. Rehabilitación. Edit Dayma. Vol. 37, Nro 1; 40-54. enero 2003

INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES

Se le informará a pacientes y familiares sobre la causa, (si no tiene la información aun) y sobre el pronóstico rehabilitatorio. Se les dará por escrito la explicación de cada técnica y se le orientará realizarlas en el hogar todos los días varias veces al día durante 15 a 20 minutos.