

DISARTRIAS

<i>Autor</i>	Dr. Luís Álvarez Lami
<i>Colaboradores</i>	Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza Lic. María Esther Muñoz Hermida Lic. Raiza Gata Pérez.
<i>Servicio</i>	Logopedia y Foniatría

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 respiratorio.

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 fono articulatorios 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 moto neurona superior
- Disartria por trastornos de la moto neurona 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
- Traumas craneales
- Arteriosclerosis
- Infecciones
- Alcoholismo
- Intoxicaciones
- Poliomiелitis
- Parálisis pseudo bulbar por daño corticobulbar bilateral
- Miositis
- 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
- Esclerosis Múltiple
- Enfermedad de Wilson
- Enfermedad de Pick
- Enfermedad de Alzheimer
- 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 logofoniatricas 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 articulario, de la característica personal y el entorno social del paciente.

Las disartrias leves y moderadas tienen buen pronóstico. Las 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.

OJETIVOS

- 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, fisioterapia o medicina interna, con el diagnóstico de la enfermedad de base. Las causas 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. Por supuesto se tomarán los datos generales, la causa y se harán las preguntas habituales ante todo paciente con trastornos de la comunicación.
- Se grabará la conversación del 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 comenzará con ejercicios pre articulatorios ejercicios de respiración que pueden ser:

- Fortalecimiento de mejillas, labios, lengua y velo
- Ejercicios de mímica facial
- Movimientos linguales en las 4 direcciones
- 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.

Se continuará con:

- 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 la 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 sobre articulación
- 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
- Sobre articulación
- 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
- Siquinesia máximo-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
- Siquinesia máximo-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
- Siquinesia máxilo-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 más 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 logofoniatricas descritas anteriormente.

Estará planteado utilizar esta comunicación extra verbal 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 entre veinte y 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

Indicadores de estructura		Plan%	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico	>90	>90	81-89	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	90-94	< 90
Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	90-94	< 90
	Planilla recogida datos del PA	100	100	-	<100
	Base de datos electrónica	100	100	-	<100
Indicadores de proceso		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con disartria que reciben tratamiento a partir de la consulta # 2		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con disartria que tengan el orden lógico establecido de indicaciones terapéuticas		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con disartria con estudios realizados según lo recomienda el PA		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de Resultados		Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con diagnóstico confirmatorio a partir de la consulta # 4		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con mejoría ostensible de algún parámetro vocal por apreciación clínica y opinión del paciente después de 6 meses		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes con disartria que se manifiestan satisfechos respecto a la atención recibida y a la mejoría que ha experimentado		>90	>90	80-90	< 80

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.

Bibliografía

1. Disartria cerebelosa. Tratamiento logopédico: Itzar, Galarza. Rev. Logop, fon, audiol. 2000 Vol VIII. Nro 2 (84-87) 1998.
2. Distonía 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 Doyma. Vol. 37, Nro 1; 40-54. enero 2003
12. Sellars C. et. Al.: Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo. La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4
13. Deane K H O. et al: Terapia del habla y del lenguaje para la disartria en la Enfermedad de Parkinson. La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, Número 4
14. Consecuencias neuropsicológicas de la parálisis cerebral: Ana maría .et al...Univ. psychol. Bogotá(Colombia) 4(1):107-115 enero-junio 2005 ISSN1657-9267
15. Clasificación clínica de la parálisis cerebral. Revisión bibliográfica de espaciologopedico.com 2008
16. Tratamiento para las dificultades de la deglución en enfermedades neuromusculares crónicas:. M Hughes. Revisión cochrane traducida en biblio...cochrane plus. Enero 2004

Revisado Junio de 2008

