



COMPROMETIDOS CON LA DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

Trabajos Científicos

Publican en esta edición:

Dra. María del Carmen Campos

Lic. Graciela A. Moscardi

Dra. Mónica C. Cerutti

Pág. 4.

Caso Clínico

Experiencia de trabajo en parálisis facial, subjetividad y aplicación de venda para la rehabilitación neuromuscular.

Lic. Thelma R. Figari

Pág. 24.

Opinión

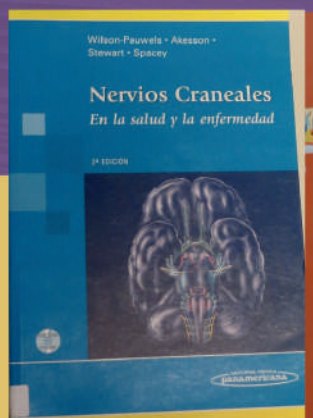
Neurolingüística y Fonoaudiología: alcances y fronteras

Por las Lics. Lorena Lugones y María Silvia Cesanelli

Pág. 35.

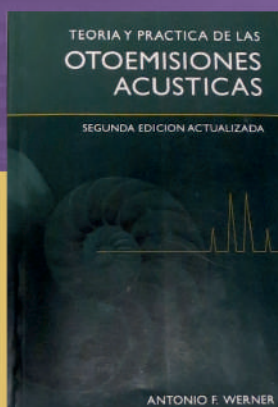
Nuestras novedades bibliográficas

Les presentamos un resumen de los últimos libros que incorporamos a nuestra biblioteca.



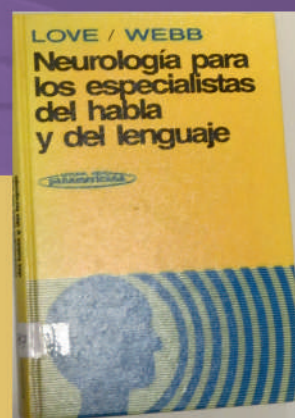
NERVIOS CRANEALES **En la salud y la enfermedad**

Esta edición mantiene el enfoque original, es decir, una unión entre la neuroanatomía y la anatomía macroscópica de los nervios craneales, con riqueza de ilustraciones de las vías periféricas y del cuerpo hasta el encéfalo, (aferencia sensitiva, y desde el encéfalo hasta la periferia, aferencia motora). La edición de referencia presenta casos clínicos con preguntas orientadoras que proporcionan oportunidades para la evaluación clínica de cada nervio. (Wilson, Pauwels, Akesson, Stewart, Spacey-Edit Médica Panamericana-2da edición-2006)



Teoría y práctica de las **OTOEMISIONES ACÚSTICAS**

Las otoemisiones acústicas (emisiones otoacústicas o, sencillamente, emisiones cocleares) son señales que pueden ser registradas en el conducto auditivo externo. Tras esta definición tan simple, se oculta un mundo fascinante descubierto hace sólo dos décadas que ha revolucionado los conocimientos en fisiología coclear, abriendo una nueva puerta en la investigación de las funciones de la audición y que, por sus aplicaciones clínicas, su investigación metodológica se ha transformado en un elemento irremplazable en el arsenal diagnóstico de la audiología moderna. En la presente obra, el autor vierte su experiencia práctica en la investigación audiológica con otoemisiones acústicas, realiza una actualización de la fisiología coclear, imprescindible para la comprensión del fenómeno, detalla sus principales aplicaciones, tanto en niños como en adultos, y agrega todos los documentos nacionales e internacionales que se han emitido, recomendando u ordenando su aplicación como método de screening universal de la audición. (Werner Antonio, Ed. Edimed. 2da. Edición actualizada)



NEUROLOGÍA PARA LOS ESPECIALISTAS DEL **HABLA Y DEL LENGUAJE**

El encéfalo es el origen de toda conducta relacionada con el habla y el lenguaje. Por ende, los conocimientos actuales respecto de su anatomía y fisiología deben ser estudiados e incorporados por el especialista del habla y del lenguaje. Al emprender el estudio de la neuroanatomía y la neurología, al fonoaudiólogo le conviene recurrir a diagramas y dibujos, desde el comienzo, familiarizarse con las direcciones anatómicas y la terminología empleada en los textos de neuroanatomía. El recurrir tanto al razonamiento verbal (función del hemisferio izquierdo) como a la visualización de imágenes (función del hemisferio derecho) resultará sumamente fructífero. Tal es el planteo de este compendio. (Love/Web. Buenos Aires Edit. Panamericana Médica Panamericana-1988)

Préstanos por 10 días con sólo proporcionar algunos mínimos datos.
No olviden que se encuentra disponible nuestra sala de lectura.

EDITORIAL



Sin divulgación científica no hay validación de saber

Hace poco más de tres años, la segunda edición de la Revista Científica de la Regional La Plata salía a la luz. Expresábamos la pretensión de “Fomentar la investigación y que la Revista se convierta en un mecanismo de divulgación de sus resultados”. Porque sin divulgación científica, no hay validación de saber. Y sin validación de saber no hay ciencia legitimada.

Lejos estamos de abandonar tales aspiraciones.

No obstante, nos acercamos a la paradoja de tener que validar conocimiento, por un lado, y encontrar resistencias en la escritura científica, por el otro. ¿Cómo dirimirnos ante estas tensiones, tan propias de cualquier campo de investigación y tan urgentes en nuestro campo disciplinar en particular? La respuesta es INSISTIR.

Una vez más, convocamos a todos los colegas del país a interesarse y participar de nuestra Revista Científica: un canal de comunicación y divulgación de nuestras prácticas y saberes. Una Revista que fue inscripta en el Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica (CAICYT), perteneciente al CONICET, que prestigia aún más los trabajos que se publiquen en ella.

Somos conscientes de que muchas de las dificultades que los profesionales encuentran al momento de “pensarse” como divulgadores de sus trabajos son cuestiones vinculadas a la escritura y al diseño y metodología de los trabajos.

En este sentido, durante todo el 2016, ofrecimos, desde la Regional La Plata del Colegio, cursos y seminarios – estos últimos son actividades no aranceladas

- tendientes a brindar herramientas concretas a los profesionales para avanzar en sus investigaciones.

No hemos encontrado hasta el momento una repercusión en nuestra comunidad, tan necesaria para la consecución de esta Revista.

Seguiremos aquí, desde la trinchera de nuestra vocación, trabajando en conjunto con las voluntades que nos acompañan y que nos sostienen: Miembros del Consejo Directivo de la Regional, Comité Científico, Secretario de Redacción, Revisores, Equipo de Producción General. Seguiremos aquí porque es el lugar que elegimos ocupar, defender, legitimar, alentar y compartir.

En última instancia, de eso se trata: de compartir experiencias y saberes. De compartir la profesión.

Lic. María Alejandra Morchón
Presidente Consejo Directivo Reg. La Plata- COFOBA

Lic. Irene Fernández
Directora General de la Revista

Staff

Edición N° 6

Revista Científica de la Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

ISSN 2346-8653

Propietario

Regional La Plata del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Directora General

Lic. Irene Beatriz Fernández

Secretario de Redacción

Trad. Publ. Raúl Carranza

Editor responsable

Consejo Directivo

Presidente

Lic. María Alejandra Morchón

Vicepresidente

Lic. Ana María Uriarte

Secretario General

Lic. Laura Elizabeth Flores

Tesorero

Lic. Silvia Edith Moszenberg

1° vocal titular

Lic. Irene Beatriz Fernández

2° vocal titular

Lic. Claudia Edith Díaz

3° vocal titular

Lic. Gabriela Josefina Domínguez

1° vocal suplente

Lic. María Elena Aguilera

2° vocal suplente

Lic. María Silvia Cesanelli

3° vocal suplente

Lic. Gabriela Cecilia Medina

Tribunal de ética

Titular: Lic. Nora Beatriz Dumm

Suplente: Lic. Marta Alicia Hongay

Redacción

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16.

(0221) 427-2234

La Plata, Argentina.

info@cflp.org.ar

www.cflp.org.ar

Comité Científico

Dra. María del Carmen Campos.

Lic. Claudia Díaz.

Lic. María Elsa Echave.

Lic. Lucía Infante.

Producción General

AVAL Comunicaciones.

Diseño y Diagramación

Blur diseño - grafica - comunicaciòn

"Registro DNDA en trámite".

La revista no se responsabiliza por los contenidos vertidos por los autores.

Sumario



**Disfagia: grupos de riesgo y
métodos diagnósticos**
de la Dra. María del Carmen Campos



**Terapéutica
fonoaudiológica en
pacientes con esclerodermia**
De la Lic. Graciela A. Moscardi

9

**Experiencia de trabajo en parálisis
facial, subjetividad y aplicación
de venda para la rehabilitación
neuromuscular.**
De la Lic. Thelma R. Figari

31

**Distorsiones del
sentido-significado
de la palabra en
patología del lenguaje
de causa neurológica**
De la Dra. Mónica C. Cerutti

15

**Neurolingüística y
Fonoaudiología: alcances
y fronteras**
Por las Lics. Lorena Lugones y
María Silvia Cesanelli

36

Trabajo Científico N° 1

DISFAGIA: GRUPOS DE RIESGO Y MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Dra. María del Carmen Campos

Doctora en Fonoaudiología. Especialidad en Perturbaciones de la Comunicación Humana. UMSA.

Docente de la Licenciatura en Fonoaudiología.

Facultad de Ciencias Humanas. UMSA.

Docente del Doctorado en Fonoaudiología. Universidad del Museo Social Argentino.

Jefa de la Unidad de Internación de Fonoaudiología del HIGA General San Martín de La Plata.

Resumen:

El déficit de la función deglutoria es causado por diversas enfermedades y tiene un alto porcentaje de morbimortalidad debido a las complicaciones secundarias que se pueden presentar. El abordaje de estos pacientes es interdisciplinario, siendo el fonoaudiólogo el responsable del diagnóstico clínico, funcional y de la terapéutica específica para recuperar la deglución afectada. Este trabajo se enfoca en los aspectos teóricos generales relacionados al manejo clínico e instrumental de la disfagia y de los trastornos deglutorios.

Abstract:

The deficit of the swallowing function is caused by various diseases and has a high percentage of morbimortality due to the secondary complications that may occur. The approach of these patients is interdisciplinary, being the speech pathologist responsible for the clinical diagnosis, functional and specific therapeutics to recover the swallowing affected. This work focuses on the general theoretical aspects related to the clinical and instrumental management of dysphagia and swallowing disorders.

Introducción:

La disfagia puede ser definida como una alteración neuromuscular del tracto aerodigestivo superior que impide o dificulta el transporte de alimentos y las secreciones endógenas hasta el estómago. Esto incluye toda alteración que se presente en cualquiera de las cuatro etapas de la función deglutoria (Oral inicial, oral final, faríngea y esofágica) de etiología estructural o funcional. Las causas estructurales dificultan la progresión del bolo debido a diferentes procesos orgánicos, como son los tumores, excrescencias óseas vertebrales, estenosis esofágicas posquirúrgicas o pos radioterapia. Sin embargo, las causas funcionales son las más frecuentes y afectan a la propulsión del bolo, a la reconfiguración de la vía digestiva alta durante el trago o a la apertura del esfínter esofágico superior y se asocian frecuentemente a enfermedades neurológicas o al envejecimiento. La disfagia tiene alto porcentaje de morbimortalidad debido a las complicaciones que puede presentar el paciente con gran trascendencia clínica: malnutrición, deshidratación, aspiración y neumonía. El manejo del paciente con disfagia debe ser interdisciplinario, cuyas acciones sean complementarias y garanticen intervenciones libres de riesgo. Crece cada vez más, en nuestro país, la conformación de estos equipos en instituciones de salud que estudian esta entidad con gran repercusión clínica para el paciente, modificando la situación de infradiagnóstico de años anteriores.

Prevalencia:

Los datos epidemiológicos, en nuestro país, son escasos y las publicaciones extranjeras mencionan una prevalencia de 13 a 14% en pacientes hospitalizados en salas de cuidados agudos y hasta el 60% en hospitales de rehabilitación. La disfagia constituye un síndrome geriátrico que afecta al 56-78% de los ancianos institucionalizados, hasta el 44% de los ancianos internados en hospitales generales y alrededor del 25% de los adultos mayores que viven de forma independiente en la sociedad. Afecta hasta el 80% de los pacientes con tumores orofaríngeos, laríngeos o del área orofacial que recibieron tratamiento quirúrgico o radioterápico (Gary L. y col, 1998). En la población pediátrica, esta entidad está asociada a enfermedades neurológicas o a malformaciones orofaciales. (Perlman AL, 1999) (Tabla 1).

Las alteraciones de la función deglutoria se sabe que es producida por diferentes patologías sistémicas agudas o crónicas. (Tabla 2).

Tabla 1: Condiciones en pediatría asociadas con alteraciones de la función deglutoria

Prematurez
Anomalías del tracto aerodigestivo
Defectos congénitos de la cavidad oral, laringe, tráquea y esófago.
Defectos anatómicos adquiridos.
Trastornos del desarrollo neuromotor.
Trastornos traumáticos neuromotores.
Problemas respiratorios.

Tabla 2: Causas de disfagia:

Enfermedades neurológicas
Accidente cerebro-vascular.
Trauma cráneo-encefálico.
Esclerosis múltiple.
Esclerosis lateral amiotrófica.
Enfermedad de Parkinson.
Miastenia gravis.
Enfermedad de Alzheimer.
Tumores cerebrales.
Neuropatías periféricas.
Distrofias musculares.
Envejecimiento.
Enfermedades autoinmunitarias
Esclerosis sistémica.
Lupus eritematoso sistémico.
Dermatomiositis.
Esclerodermia.
Lesiones locales estructurales
Tumores de cabeza y cuello.
Osteofitos.
Bosio.
Faringitis.
Abscesos.
Alteraciones del EES y esófago
Disfunción del EES.
Divertículo de Zenker.
Barra cricofaríngea.
Divertículo medio y epifrénico.
Anillo de Sharki.
Membranas.
Neoplasia.

Diagnóstico diferencial:

La disfagia no debe confundirse con la xerostomía, la sensación de globo, la negación para tragar, la afagia o la odinofagia. La xerostomía puede acompañarse de disfagia debida a la pérdida de la capacidad lubricante y humec-

tante de la saliva. Se presenta en pacientes que han recibido radioterapia cráneo-cervical, tratamiento con anticolinérgicos o que padezcan síndromes con sequedad ocular y artropatías inflamatorias.

El síntoma de globo es una alteración sensitiva de causa desconocida que no altera el paso del bolo alimenticio, suele presentarse entre las comidas y puede mejorar con la ingesta.

Estos pacientes deben ser evaluados con laringoscopia para descartar patología subyacente como neoplasias laríngea o faríngea.

La odinofagia o deglución dolorosa suele indicar un proceso inflamatorio agudo que compromete la mucosa y raramente el músculo esofágico. La odinofagia puede estar acompañada de disfagia.

La negación para comer o agorafagia suelen presentarse en pacientes psiquiátricos y la imposibilidad para tragar o afagia puede producirse por impactación de un cuerpo extraño y constituye una urgencia médica.

Evaluación clínica de la disfagia

En el equipo de profesionales que maneja la disfagia, es el fonoaudiólogo quien realiza la evaluación clínica y el examen físico de la función deglutoria.

La evaluación clínica se inicia con la lectura detallada de la historia clínica del paciente donde se identificará la etiología de la disfagia o enfermedad de base, el estado neurológico, respiratorio y nutricional que van a determinar la severidad del cuadro de disfagia. En el tratamiento farmacológico que recibe el paciente, se deben identificar drogas con efectos inhibidores o excitadores que causan disfagia, como antidepresivos, anticolinérgicos, bloqueadores de canales del calcio, antipsicóticos o neurolépticos, etc. (SIGN, 2010). En los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de cabeza y cuello, tracto aéreo-digestivo superior y esófago, es importante conocer, por medio del protocolo, la técnica quirúrgica utilizada en las resecciones y reconstrucciones anatomofisiológicas.

Se debe realizar un interrogatorio detallado que permita identificar síntomas y signos que sugieran presencia de disfagia (Tabla 3).

Otro aspecto importante de la evaluación clínica es determinar el estado cognitivo del paciente, el nivel de comunicación, el estado de la función del lenguaje y de los procesos motores del habla.

Los puntos fundamentales del examen físico son:

- Determinar el estado oromotor, sensibilidad general-especial y la manifestación de los reflejos oro-faríngeos.
- Identificar posibles alteraciones de la postura: control cefálico y de tronco.
- Determinar la función laríngea en deglución y en fonación.

La evaluación se debe completar con la administración de alimentos. El método de evaluación clínica volumen-viscosidad (MECV-V) propuesto por Pere Clevé Civit y colaboradores, en el año 2006, es un método de cribado que permite evaluar la deglución del paciente con tres consistencias (líquido, semi-sólido y sólido) y tres volúmenes diferentes (3, 5 y 10 ml). Posibilita identificar los pacientes que deben continuar siendo estudiados y realizar seguimiento a los que están en tratamiento (Kagaya H y col, 2010). Es aconsejable complementar esta evaluación con la auscultación cervical y la medición de la saturación de oxígeno en sangre con oximetría de pulso, que nos permite obtener otros datos clínicos para identificar episodios de penetración o aspiración durante el trago evaluado, mejorando la exactitud diagnóstica.

Para el estudio clínico de los pacientes con cánula de traqueostomía, está indicada la aplicación del Test azul que permite evaluar el riesgo de la vía aérea durante el trago y valorar resultados terapéuticos (Terk AR y col 2007. Donzelli J y col, 2005)

Tabla 3: Signos clínicos que sugieren presencia de disfagia

Incapacidad para aprehender / sorber los alimentos.
Dificultad para iniciar la deglución.
Dificultad para el manejo de secreciones propias.
Hipersalivación / Sialorrea / Ptialismo / Babeo.
Xerostomía.
Prolongada preparación del bolo alimenticio.
Residuos orales post deglución.
Deglución fraccionada.
Movimientos excesivos de la boca y de la cabeza.
Reflujo nasal.
Ahogo o tos durante o post deglución.
Tos inefectiva, húmeda.
Modificación de la voz post ingesta.
Sensación de retención del alimento (orofaringe, hipofaringe retroesternal).
Odinofagia.

Presencia intraoral de secreciones salivales espumosas.
Dolor torácico post ingesta.
Pirosis.
Regurgitación ácida o de alimentos.

En 1999, la American Gastroenterological Association (AGA) publicó recomendaciones para el manejo de los pacientes con disfagias, estableciendo que el 30-48% de los pacientes que se aspiran no son detectados en la evaluación clínica y, para determinar la integridad de la función de la deglución orofaríngea, es necesaria la evaluación dinámica de la deglución.

Estudios especializados

Nasoendoscopia

Este estudio endoscópico permite la observación directa de la cavidad nasofaríngea, el segmento larínfaringeo y estructuras laríngeas supraglóticas. En los pacientes con cánula de traqueotomía o en aquellos con sensación disminuida, progresando el fibroscopio en el interior de la laringe, se puede realizar una visualización traqueal (Bastian, R.W, 1998. Donzelli J, 2005).

Por este método de estudio, se puede evaluar el riesgo de la deglución, penetración y/o aspiración, aparición normal o retrasada del reflejo deglutorio, presencia de secreciones, estasis del contraste, además de valorar la efectividad de posturas cefálicas y maniobras voluntarias para compensar la disfagia del paciente.

Manometría

La manometría intraluminal identifica la fuerza de la contracción faríngea, la relajación del esfínter esofágico superior y el tiempo de ambos eventos (4). Algunos autores recomiendan realizar el estudio manométrico y el estudio de videofluoroscopia de forma simultánea (manofluoroscopia), aunque para algunos autores como Pere Clavé, la presencia de la sonda de manometría altera la reconfiguración orofaríngea y el movimiento del hueso hioides.

La manometría esofágica es la técnica de elección para la valoración de los trastornos motores, se basa en el registro simultáneo y a diferentes niveles de las variaciones de presión que se producen en la luz esofágica. Brinda información sobre la fuerza (amplitud y duración) de las contracciones (Clavé, P y col.).

Evaluación funcional de la disfagia

El estudio de videofluoroscopia de la deglución es

considerado el método de oro de evaluación y tratamiento de las disfagias. Valora, en forma directa, la fisiopatología de todas las fases de la función y, además, informa sobre los segmentos anatómicos implicados con una escasa exposición radiante. Es el estudio indicado para la valoración del grupo de riesgo o falsos negativos que no presentan síntomas o signos de disfagia durante la evaluación clínica (Crivelli, A., 2007). Este estudio permite:

- Corroborar la coordinación normal respiración-deglución, valorando la secuencia de movimientos y su eficacia durante el trago.
- Evaluar el tiempo de cada etapa de la función, la formación del bolo alimenticio, el reflejo deglutorio y la protección de la vía aérea.
- Valorar la elevación y el peristaltismo faríngeo, verificando la eficacia de la musculatura de la fase faríngea.
- Localizar el estasis del contraste en la cavidad oral y faríngea post deglución.
- Determinar y localizar el reflujo nasal, la penetración y/o aspiración de la sustancia de contraste y la presencia del reflejo tusígeno protector.
- Observar la duración y el diámetro de apertura del esfínter esofágico superior.
- Evaluar el tránsito esofágico, la apertura del esfínter esofágico inferior, la presencia de reflujo gastroesofágico o esofagoesofágico con volúmenes equivalentes a los utilizados en la alimentación.
- Comprobar el beneficio de las posturas cefálicas y maniobras voluntarias compensadoras de la disfagia, evitando complicaciones respiratorias y nutricionales.
- Evidenciar la evolución del trastorno y la respuesta a la terapéutica aplicada.

La observación del registro digital del estudio permite evaluar cada evento neuromuscular en cada fase deglutoria, posibilitando, además, el análisis multidisciplinario.

Conclusión

La disfagia ha sido reconocida como una variable predictora de la evolución del paciente con referencia a la patología de base, las interurrencias secundarias y al óbito (Crivelli, A, 2007). Como consecuencia de las consideraciones anteriores, la disfagia aumenta la duración de la estancia hospitalaria y los costos en salud. Además, en la población pediátrica, la disfagia puede afectar seriamente el desarrollo físico e intelectual (Bastian, R.W, 1998).

Las complicaciones importantes están relacionadas con la seguridad de la deglución en referencia a la protección de la vía aérea y con la eficacia de la función relacionada con la dieta y el volumen ingerido. La recuperación de la disfagia del paciente en agudo, así como la rehabilitación de la disfagia secue- lar en el paciente crónico, son posibles si su abordaje se realiza en equipo interdisciplinario, con una dinámica de funcionamiento transdisciplinario, para el diagnóstico de las variaciones anatómicas o fisiopatológicas que dan lugar a alteraciones en la deglución, determinando cuadros de disfagia motora o mecánica según las patologías causales. La disfagia requiere de evaluación clínica, de estudios complementarios y de examen funcional específico para el diagnóstico diferencial, reduciendo la posibilidad de complicaciones secundarias.

Se debe destacar la importancia de la interacción entre los profesionales del equipo tratante con la familia del paciente para asegurar el éxito del tratamiento.

Bibliografía:

1. Gary L, Schechter MD. Causas sistémicas de disfagia en adultos. Clin. Ottorr. de Nort. 1998. V 3. 491-500.
2. Dray TG, Hillel AD, Miller RM. Disfagia causada por déficit neurológico. Clin. Ottorr. de Nort. 1998. V 3. 473-489.
3. Bastian, R.W. Diagnóstico del paciente disfágico en la actualidad. Clin. Ottorr. de Nort. 1998. V 3. 455-471.
4. Crivelli, A. Actualización. Disfagia orofaríngea. RNC. Vol.XVI N°2 pp.47-56 2007.
5. Perlman AL. Dysphagia: Populations at risk and methods of diagnosis. Nutrition in clinical practice. 1999. Vol. 14, N°5. S2-S9.
6. AGA. American Gastroenterological Association medical position statement on management of oropharyngeal dysphagia. Gastroenterology 1999;116:452-454.
7. AGA. Technical Review on Treatment of Patients With Dysphagia Caused by Benign Disorders of the Distal Esophagus. Gastroenterology 1999; 117:233-254.
8. SIGN. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia A national clinical guideline. June 2010.
9. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijsenbergh I. Effects of Therapy in Oropharyngeal Dysphagia by Speech and Language Therapists: A Systematic Review. Dysphagia (2010) 25:40-65.
10. Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Ed. Glosa. Barcelona
11. Kagaya H, Okada S, Saitoh E, Baba M, Yokoyama M, Takahashi H. Simple Swallowing Provocation Test Has Limited Applicability as a Screening Tool for Detecting Aspiration, Silent Aspiration, or Penetration. Dysphagia (2010) 25: 6-10.
12. Terk AR, Leder SB, Burrell MI. Hyoid Bone and Laryngeal Movement Dependent Upon Presence of a Tracheotomy Tube. Dysphagia 22:89-93 (2007).
13. Donzelli J, Brady S, Wesling M, Theisen M. Effects of the Removal of the Tracheotomy Tube on Swallowing During the Fiberoptic Endoscopic Exam of the Swallow (FEES). Dysphagia 20:283-289 (2005).

Trabajo Científico N° 2

TERAPÉUTICA FONOAUDIOLÓGICA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

Lic. Graciela A. Moscardi

Licenciada en Fonoaudiología

Profesora Universidad FASTA

Carrera de Fonoaudiología

Conferencista de la Asociación Argentina de

Esclerodermia y Raynaud. AADEYR

Este trabajo fue premiado en el Primer Congreso de Disfagia y Trastorno Deglutorio realizado en Capital Federal en 2015.

Resumen:

La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo que afecta esencialmente la piel y presenta síntomas en distintas partes del cuerpo, en articulaciones y órganos. Se manifiesta con engrosamiento cutáneo, casi siempre comenzando por los dedos y las manos. La afección de la piel de cuello y cara produce la característica "facies inmóvil e inexpresiva". Los labios adelgazan y aparecen múltiples arrugas alrededor de ellos. Además, se limita la apertura bucal (microstomía). Disfunción del esófago, lo cual desarrolla irregularidades en el sistema digestivo y en el canal gastrointestinal. Desde el punto de vista fonoaudiológico, por la presencia de estos síntomas, se involucran funciones REFLEJO VEGETATIVAS. Deglución: en la fase bucofaríngea, dificultades al masticar, triturar o tragar el alimento. Respiración: alteraciones en respiración y fonación, provocadas por el uso muscular inadecuado, que afecta, desde esta perspectiva, a la voz, observándose cansancio vocal, dolor muscular en zona de cabeza y cuello, acompañado de tensión por el esfuerzo realizado para hablar. Fonoarticulación: se encuentran comprometidos los órganos de la articulación, generando alteraciones fonoarticulatorias y de tipo resonancial, cambiando las características acústicas que tenía la voz antes de la enfermedad.

Resultados: El 98 % de los pacientes logró mejorar la articulación y la deglución desde la 1ª y segunda válvula, la coordinación fonorespiratoria y la tensión muscular. Disfonía: Por el colágeno presente en los pliegues vocales, se torna reincidente.

Conclusiones: Con la terapéutica, estrategias compensadoras y facilitadoras, se redujo la disfagia, modificando la manera en que el alimento pasa de la boca al esófago. Mejoraron los síntomas fonoaudiológicos, logrando elevar la calidad de vida, adaptándose a la enfermedad.

Palabras clave: esclerodermia, disfagia, disfonía, fonoaudiología.

Abstract:

Scleroderma is a connective tissue disease that essentially affects the skin, presenting symptoms in different parts of the body, joints and organs.

It manifests itself through: skin thickening almost always starting with fingers and hands. The affection of the neck and face skin produces the characteristic "immobile and expressionless facies". The lips become thinner and multiple wrinkles appear around them. In addition, oral opening (microstomy) is limited. Dysfunction of the esophagus developing irregularities in the digestive system and the gastrointestinal tract. From the phonoaudiological point of view, due to the presence of these symptoms, VEGETATIVE REFLEX functions are involved. Deglutition: in the oropharyngeal phase, difficulties in chewing, grinding or swallowing the food. Breathing: alterations in breathing and phonation, caused by inappropriate muscular use, which affects, from this perspective, the voice, with vocal fatigue, muscular pain in the head and neck area, accompanied by tension caused by the effort made to speak. Phonoarticulation: the articulation organs are involved, causing resonance and phonoarticulatory alterations, changing the acoustic characteristics that the voice had before the disease.

Results: 98% of the patients improved the articulation and swallowing from the 1st and 2nd valve, the phonorespiratory coordination and the muscular tension. Dysphonia: because of the presence of collagen in the vocal folds, it becomes a recurrence.

Conclusions: with therapy, compensatory and facilitative strategies, dysphagia was reduced and the way in which the food passes from the mouth to the esophagus was modified. Phonoaudiological symptoms were improved, which increased the quality of life and adaptation to the disease was achieved.

Keywords: scleroderma, dysphagia, dysphonia, speech therapy

¿Qué es la esclerodermia?

Su etimología proviene del griego, que significa piel endurecida.

Es una enfermedad del tejido conectivo, caracterizada por cambios en la piel, en los vasos sanguíneos, músculos esqueléticos y órganos. También recibe los nombres de esclerosis sistémica progresiva.

Se sabe que el proceso de la enfermedad implica una sobreproducción de colágeno. El colágeno es la porción más grande de proteína del tejido conectivo del cuerpo. La estructura del colágeno está hecha de minúsculas fibras entrelazadas.

Cuando hay una sobreproducción de colágeno, tiene lugar el engrosamiento y endurecimiento de las áreas afectadas, que suelen interferir en el funcionamiento normal de dichas partes.

Objetivo: Mejorar la calidad de vida en los pacientes con esclerodermia, para adaptarse a la enfermedad.

Síntomas: Disfonía, disfagia y alteraciones fonológicas.

Lugar de aplicación: Ciudad de Mar del Plata, Consultorio particular con pacientes derivados de distintas instituciones.

Diseño: En el presente trabajo, se realizó un estudio exploratorio descriptivo. La población seleccionada está formada por pacientes con esclerodermia.

La muestra está conformada por 27 mujeres y 2 varones, según la demanda. Son pacientes que fueron atendidos en consultorios privados.

Edades: 33 / 79 años.

El 100 % presentó patologías fonoaudiológicas.

La esclerodermia (del griego, piel endurecida) es una enfermedad del tejido conectivo difuso caracterizada por cambios en la piel, en los vasos sanguíneos, músculos esqueléticos y órganos internos. También recibe los nombres de esclerosis sistémica progresiva.

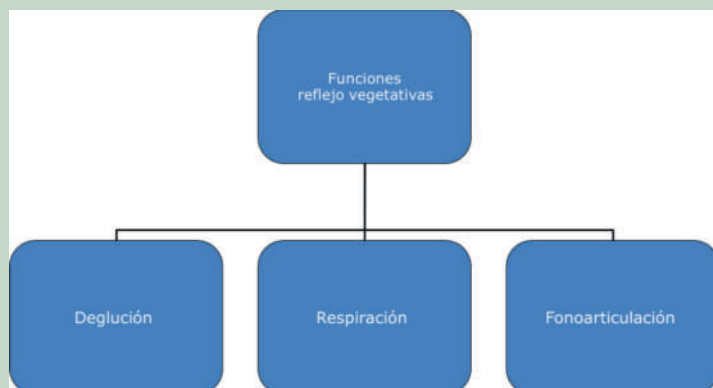
Los síntomas que presenta son: dificultad para tragar y/o respirar, reflujo esofágico o acidez, distensión después de las comidas, pérdida de peso y diarrea o estreñimiento. También se manifiesta la enfermedad de Raynaud, donde se observa dolor, rigidez, inflamación, ulceraciones en las puntas de los dedos de las manos o de los pies y articulaciones, engrosamiento de la piel, manos y antebrazos brillantes, piel facial tensa y con aspecto de máscara.

Cara con escasa expresividad, limitación de la apertura bucal y aparición de surcos peribucales abundantes.



La enfermedad afecta generalmente a personas de 30 a 50 años de edad y las mujeres a menudo son más afectadas que los hombres.

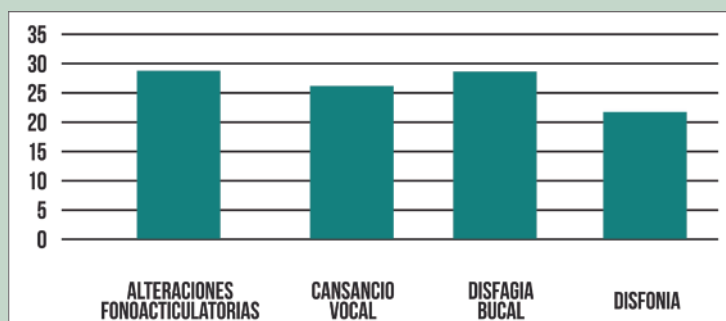
Desde el punto de vista fonoaudiológico, en la Esclerodermia se involucran determinadas funciones REFLEJO VEGETATIVAS de Deglución, Respiración y Fonoarticulación del lenguaje.



Los síntomas de interés fonoaudiológico son: disfagia, disfonía, incoordinación fonorespiratoria, alteraciones fonológicas.

Síntomas	Cantidad de Pacientes
Disfagia	29
Alteraciones fonoart	29
Disfonía	29
Cansancio Vocal	2

Describiendo el proceso de la deglución, podemos decir que es una compleja actividad dinámica neu-

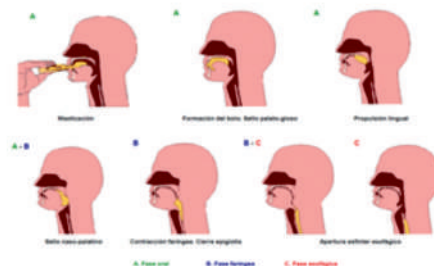


romuscular que depende de un grupo de conductas fisiológicas que colaboran para que los líquidos y sólidos se desplacen sin dificultad de la boca al estómago. Cuando este proceso no se desarrolla con normalidad, estamos en presencia de una disfagia o una dificultad deglutoria, debido a una alteración bucofaríngea o esofágica.

El proceso deglutorio normal se desarrolla por etapas.

Etapas deglutorias

- Oral / Preparatoria
- Faríngea
- Esofágica



En la Disfagia, en general, los síntomas que se observan son :

- Pérdida de peso
- Infecciones pulmonares frecuentes
- Babeo
- Dificultad en la masticación
- Dificultad en el traslado del bolo
- Retraso en el inicio de la deglución
- Tos o ahogos, durante o después de la ingesta de alimentos
- Cambios en la calidad de la voz
- Dolor al tragar

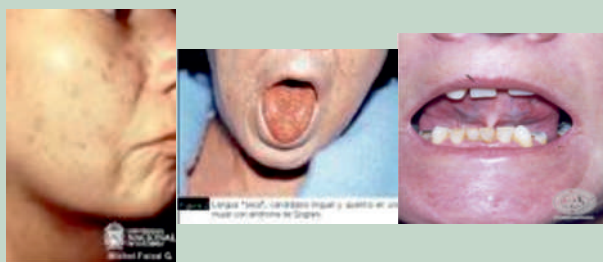
Fase oral

Se encuentra alterada la apertura y cierre de la boca (ATM, babeo) debido a la falta de movilidad de la articulación y por el esclerosamiento de las mejillas.

La sensibilidad y motricidad labiales están modificadas por la misma esclerodermia que provoca falta de movilidad.

Posición y movimiento de las mandíbulas: movimientos realizados con dificultad. La dentición presenta alteraciones en la implantación de piezas dentarias, lo que dificulta la masticación y el armado del bolo alimenticio.

Las praxias linguales se realizan con marcada dificultad: la protrusión, propulsión, elevación, lateralización de la lengua no se realizan con normalidad. Esto debido al acortamiento y esclerosamiento de la lengua por la enfermedad.



Fase faríngea

Posición y movimiento del velo del paladar: el movimiento velar está enlentecido.

El tiempo del disparo deglutorio: entiéndase por disparo deglutorio al movimiento que realizan todos los integrantes de la deglución para pasar el alimento de la etapa oral a la siguiente. Este se cumple en tiempo normal:

- Tránsito oral : 1/ 1,25 seg
- Tránsito faríngeo: inferior a 1 seg.
- Patológico: < 2 Seg

En los pacientes con esclerodermia, este tiempo se encuentra dentro de los valores patológicos, ya que los movimientos deglutorios están alterados. Esto provoca caída prematura de los alimentos, riesgos de aspiración o alteraciones deglutorias en general.

La calidad de la voz no sólo se encuentra modificada por la posible retención del alimento sino también por la modificación que se produce por la misma patología en la voz y respiración.

Elevación laríngea enlentecida.

Coordinación respiración-deglución: existe incoordinación debido a las alteraciones respiratorias y al enlentecimiento de los movimientos, por falta de fuerza muscular y falta de presión del flujo respiratorio.

La intervención fonoaudiológica se posiciona en estos pacientes en la fase bucofaríngea, es decir, cuando existen problemas por alteraciones en la boca y /o faringe.

Las dificultades se ven reflejadas al masticar, triturar o tragar el alimento. En algunos casos, se observa que el alimento se escapa por los labios, en otros, se hace más lento el mecanismo masticatorio y/o deglutorio, lo que lleva a que deje de comer o, en el peor de los casos, trague mal, corriendo el riesgo de ahogarse, o aspirarse por el rápido e involuntario pasaje del alimento a la vía respiratoria.

La Voz

A raíz del compromiso respiratorio, se ve disminuida la capacidad para respirar y es aquí donde resulta importante trabajar con una buena técnica para lograr mejorar la dinámica muscular respiratoria.

Esta insuficiencia de flujo de aire trae como consecuencia alteraciones, cuyo síntoma más evidente es la disfonía.

Estas alteraciones son provocadas por el uso muscular inadecuado, lo que afecta, desde esta visión, a la voz, observándose cansancio vocal, dolor muscular en zona de cabeza y cuello, acompañado de tensión por el esfuerzo realizado para hablar.

Recordando que la capa profunda de los pliegues vocales se encuentra compuesta por colágeno, esto puede ser considerado como otro factor desencadenante de disfonía, ya que, con la patología, se aumenta su producción.

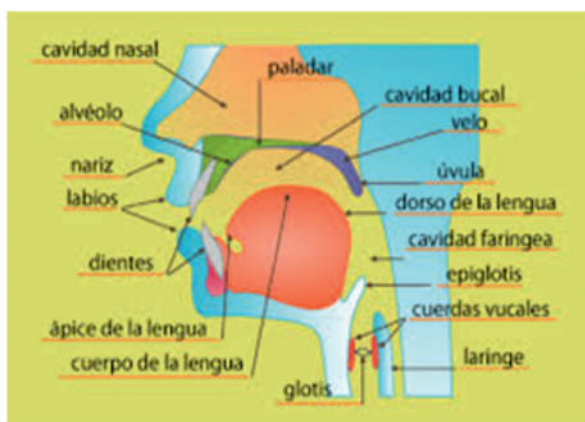
El reflujo gastroesofágico que algunos padecen también puede traer consecuencias para la voz, ya que se produce una irritación en la mucosa de los pliegues vocales. Este conjunto de síntomas provoca, en los pacientes, disfonía.

Está demostrado que el reflujo gastroesofágico puede provocar irritación en la mucosa de los pliegues vocales, siendo un factor predisponente para la formación de nódulos en cuerdas vocales sumado al esfuerzo muscular en la dinámica fonatoria.

Aspecto fonemático

La articulación del lenguaje está determinada por la acción conjunta de los articuladores: lengua, labios, dientes, paladar duro, velo del paladar, mejillas y musculatura faríngea, que dan lugar a la producción de los diferentes fonemas. La conformación de cada vocal y consonante es lo que hace distinguir una de otra. Cualquier alteración en la producción de ellas hace que se modifique el fonema.

Aspecto fonemático



En estos pacientes, se encuentran comprometidos los órganos de la articulación, lo que genera alteraciones fonoarticulatorias y de tipo resonancial, cambiando la articulación en punto y modo y las características acústicas que tenía la voz antes de la enfermedad.

La terapéutica fonoaudiológica tiene, como objetivo fundamental:

Mejorar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades autoinmunes, en especial, esclerodermia. Consiste en realizar una serie de ejercicios integrados funcionalmente, trabajando: relajación, respiración y terapia miofuncional, ya que utilizamos una misma unidad neuromuscular para respirar, hablar y deglutir. Las etapas de intervención:

- Terapia para Disfagia con indicaciones específicas con técnicas, según la etapa alterada para cada paciente .
- Terapia miofuncional.
- Técnica de respiración.
- Técnica de relajación.
- Técnica de relajación Kabat.
- Fonación: Terapéutica en la vía fonológica.

Para las alteraciones deglutorias se recomienda:

Masticar bien los alimentos.

Deglutir y volver a deglutir antes de ingerir otro bocado.

Llevar a la boca pequeñas cantidades de alimentos.

Modificar texturas según la dificultad e indicación del profesional.

No ingerir alimentos agresivos ni irritantes.

Cuidar la ingesta de alimentos duros.

No realizar ejercitación ni terapéutica alguna con frío, debido a la alta intolerancia de los pacientes a las bajas temperaturas.

Terapéutica fonoaudiológica, según lo evaluado en las distintas etapas deglutorias, adaptando consistencias y texturas.

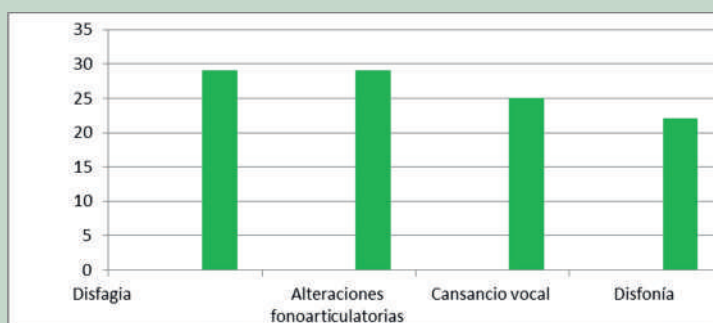
Resultados

El 98% de los pacientes logró mejorar el aspecto fonológico con cambios en la articulación, favorecidos por modificaciones en el punto y modo de articulación.

La deglución: desde la 1ª y segunda válvula se obtuvieron mejores resultados en la preparación del alimento para mejor trayecto al esófago y mayor control de la fase preparatoria.

Disfonía: por el colágeno instalado en sus pliegues vocales, se mejoraron momentáneamente los síntomas, la coordinación fonorespiratoria, la relajación, pero la disfonía se torna reincidente con mejor control del paciente.

Los datos corresponden a cantidad de pacientes que modificaron síntomas



Conclusiones

La intervención oportuna del fonoaudiólogo permite concluir que es posible sostener que, conociendo los cambios en el organismo provocados por la enfermedad y con terapéutica indicada, estrategias compensadoras y facilitadoras, modificando la manera en que el alimento pasa de la boca al esófago, se puede reducir la dificultad deglutoria, es posible mejorar los síntomas fonoaudiológicos trabajando relajación

musculatura peri-laríngea, internalizar la coordinación fonorespiratoria, favoreciendo la calidad de vida del paciente y adaptándose a la enfermedad.

Esto puede llevarnos, en un futuro, a meditar sobre las enfermedades denominadas "inmunopatías," las cuales desencadenan síntomas fonoaudiológicos, que, con la intervención adecuada, se logra calidad de vida en los pacientes.

Bibliografía:

- 1.-Campora, Horacio: "Guía para el manejo de pacientes traqueotomizados y con trastornos de la deglución", Ediciones de Medicina crítica.
- 2.Farías, Patricia: "Ejercicios para restaurar la función vocal".
- 3.Gomez, Elier: "La respiración y la voz humana", Ed. Artes Gráficas Cardem.
- 4.Gonzalez, Jorge: "Fonación y alteraciones de la Laringe", Ed. Panamericana.
- 5.Jackson, Menaldi: "La voz normal", Panamericana, 1992.
- 6.Logemann , Jeri: "Dysphagia evaluation and treatment of swallowing".
- 7.Morrison, Rammage: "Tratamiento de los trastornos de la Voz", Ed.Masson.
- 8.Mura, Silvia: "La dinámica articulatoria", Publicaciones Médicas argentinas.
- 9.Randall, Plant. Gary, Schechter: "Clínicas ORL de Norteamérica-Disfagia en niños adultos y ancianos", V 31, nº 3.

Trabajo Científico N° 3

DISTORSIONES DEL SENTIDO-SIGNIFICADO DE LA PALABRA EN PATOLOGÍA DEL LENGUAJE DE CAUSA NEUROLÓGICA

Dra. Mónica C. Cerutti

*Doctora en Fonoaudiología
Egresada de la Facultad de
Ciencias Humanas de UMSA
Jefa de la Unidad de Diagnóstico
y Tratamiento en Fonoaudiología,
H.I.G.A. Pedro Fiorito,
Avellaneda, Prov. de Buenos Aires
Docente Titular Carrera de Licenciatura en
Fonoaudiología USAL*

Resumen:

Este trabajo de investigación se centra en el estudio de las alteraciones que afectan a la capacidad de denominación de pacientes adultos con afasia o anartria pura o asociada. El lenguaje externo, en el curso de su desorganización neurológica por lesión cerebral, proporciona un excelente instrumento de investigación del lenguaje interno.

El análisis de los datos obtenidos en la prueba de denominación de objetos permitió constatar la correlación de los desvíos de los errores que afectan a la codificación semántica, en este caso expresados en la denominación de los objetos presentados, con la severidad del cuadro clínico.

Se procedió a analizar la presencia de semas específicos, genéricos y virtuales que se correspondieron con los términos formulados por los pacientes. Sobre un total de 700 respuestas esperables, se registraron 434 semas específicos, 386 genéricos y 370 virtuales y 266 anomias (la mayor expresión de la dificultad para la selección de los semas pertinentes). Estos datos permiten inferir una desorganización de los significados, que se acentúa en función de la severidad de los cuadros.

La reducción de respuestas en pacientes severos muestra mayor limitación en el trabajo de los analizadores del lenguaje y afecta la variedad de respuestas. Se impone efectuar un estudio cualitativo de las respuestas para poder corroborar la magnitud del desvío y analizar en profundidad los mecanismos subyacentes al déficit de la codificación semántica.

En conclusión, se pudieron cumplir los objetivos propuestos respecto de la hipótesis planteada.

Palabras clave: codificación- lenguaje interior- semas

Abstract:

The purpose of this scientific work is to study the disturbances that affect the naming capacity of adult patients with aphasia or pure or associated anarthria. During the neurological desorganization due to brain injury, the external language becomes an excellent instrument to investigate the internal language.

The analysis of the data obtained in the object naming test allowed us to confirm the correlation of the deviations of errors that affect the semantic codification, in this case expressed in the naming of objects presented, with the severity of the clinical picture.

The presence of specific, generic and virtual semes that corresponded with the terms mentioned by the patients were analyzed. Over a total of 700 expected answers, 434 specific semes, 386 generic semes and 370 virtual semes and 266 anomias (the highest expression of the difficulty to select the corresponding semes) were recorded. These data allowed us to infer a disorganization of the meanings, which increases with the severity of the cases.

The reduction of answers in severe patients shows a higher limitation in the work of the language analyzers and affects the variety of answers.

A qualitative study of the answers should be carried out to confirm the magnitude of the deviation and analyze the depth of the mechanisms underlying the deficit of the semantic codification.

In conclusion, the proposed objectives regarding the hypothesis posed were achieved.

Keywords: codification – internal language – semes.

Introducción:

La práctica profesional desarrollada en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del H.I.G.A. Pedro Fiorito de Avellaneda durante 33 años (como Fonoaudióloga de planta y como Jefa de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Fonoaudiología, desde su creación (2006) hasta hoy), me ha generado permanentemente preguntas y desafíos que han actuado como disparadores de la tarea clínica asistencial.

Este aprendizaje cotidiano, a partir de la observación, evaluación, diagnóstico y trabajo terapéutico de habilitación (niños) o de rehabilitación (adultos), muestra que la patología del lenguaje es una fuente inagotable de conocimiento.

Permite reconocer las características de los diferentes cuadros clínicos en función de su etiología: neurológica, sensorial genética y psicógena. El registro de las respuestas y/o producciones (síntomas) pone en evidencia el proceso de aprendizaje patológico del lenguaje (niños) o el proceso de desorganización de la función lingüística (adultos).

Estas manifestaciones individuales, lejos de contradecir a los “modelos” de cada cuadro, contribuyen a enriquecerlos y avanzar en la investigación y reconocimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la actividad de la producción y comprensión del lenguaje.

Son procesos funcionales de naturaleza neurolingüística, producto de la actividad de estructuras del SNC (corticales y subcorticales).

Un punto fundamental para la comprensión del lenguaje normal y patológico es el concepto del lenguaje interior y su función. En algunos trabajos contemporáneos, pareciera que la función que cumple no se tiene en cuenta o se le adjudica a otros mecanismos.

El diagnóstico en los cuadros de patología neurológica en adultos me aportó evidencias sobre la desorganización de este eslabón intermedio entre lenguaje y pensamiento, el lenguaje interior, que presenta formas muy diversas de alteración que ponen de manifiesto los grados de perturbación lingüística y las fisuras y compensaciones de esta instancia clave en el pasaje desde el plano semántico a la expresión oral. Situados en esta perspectiva, podemos avanzar en una descripción más completa de cada entidad clínica.

Vigotsky, en 1927, abordó la relación entre ontología y gnoseología y la vinculación entre los datos empíricos y el conocimiento científico.

De sus aportes sobre el lenguaje interior y el lenguaje en general, se desprende que “el lenguaje, en todas sus formas, contiene un tipo de información que es la que le confiere al lenguaje verbal, a la redacción, al diálogo interior: es la de llegar información semántica. Hay una información específica e interna que sustenta la comunicación humana. Se trata de la información semántica. ¿Cómo puede desentrañarse la información semántica que origina al misterio del significado?”

Hipótesis

En los pacientes adultos con trastornos del lenguaje de causa neurológica, existe una asociación significativa entre el grado de desvío de los errores de denominación y el nivel de severidad del cuadro clínico que expresa el grado de alteración del significado y del sentido de la palabra y la fractura del proceso de transcodificación semántico-fonológica.

Objetivos

1-Analizar los cambios semiológicos en el curso de la expresión verbal, elocución, en tareas de denominación (codificación semántica-fonológica) y establecer un orden de predominio de los síntomas que la afectan, en el paciente con trastorno lingüístico de naturaleza neurológica (afásico-anártrico).

2-Establecer los diferentes grados de desvío manifestados en los errores que afectan al proceso de codificación semántica y de transcodificación semántica-fonológica por déficit en la selección de los semas específicos (con compromiso del significado y sentido de la palabra).

3-Correlacionar estos grados de distorsión con los niveles de severidad del cuadro clínico, que expresan la magnitud de la desorganización del lenguaje interior.

4-Analizar el inicio del proceso de codificación de la palabra, que se materializa en la selección semántica y su posterior desarrollo en la transcodificación fonológico-sintáctica.

Cuadro 1: Datos correspondientes a la muestra de pacientes adultos con trastornos del lenguaje (*ver en pag. siguiente.*)

NOMBRE	EDAD	SEXO	INSTALACIÓN . NOXA	TRAST.LGJE	EVOLUCIÓN . CUADRO	ETIOLOGÍA	TOPOGRAFÍA	EV. DENOMINACIÓN
1.O,M	55	M	NOV.2007	ANARTRIA SEV. AFASIA MOD.	ESTADO	A,C,V,	ART.CAROTIDA IZQ.	OCT.2009
2. J.F,	58	M	ENE.2007	AFASIA AC.	ESTADO	ANEURISMA	ART, CEREBR. MED	OCT.2009
3. R.C-M.	35	M	MAR.2008	AFASIA AC.ANARTRI A MOD	ESTADO	A,C,V, ISQUEM,	TER.,SILVIANO IZQ.	OCT.2009
4. .E,F,	54	M	JUN.2008	AFASIA AC	ESTADO	ACV	ZONA TEMP, PARIETAL IZQ.	OCT.2009
5 .N.F	53	M	JUN.2008	AFASIA LEVE	ESTADO	ACV,ISQUEM	ZONA FRONTO TEMP-IZQ	OCT.2009
6. JF	65	F	NOV.2008	AFASIA MOD.	ESTADO	ACV.ISQUEM	ZONA TEMP.IZQ.	OCT.2009
7. I.C.	70	M	AGO.2008	AFASIA MOD.	ESTADO	ACV,ISQUEM	ZPONA TEMP.PARIETAL IZQ.	OCT.2009
8. E.E	54	M	ABR.2006	AFASIA WERNICKE AC.	ESTADO	ACV.	ZONA TEMP, PARIETAL IZQ.	NOV.2009
9. S.V	53	M	MAR.2006	AFASIA- ANARTRIA MOD.	ESTADO	ANEURISMA	COMUNICANTE ANT- SILVIANA D.	NOV.2009
10. J.C	54	M	DIC.2006	AFASIA- ANARTRIA SEVERA	ESTADO	ACV.	ZONA FRONTO- TEMP-PARIETAL IZQ.	NOV.2009
11. L.V	51	M	OCT.2006	AFASIA MODERADA	ESTADO	ACV.	ZONA PARACAP.DER.Y HACIA FRONTAL	NOV.2009
12. H.V.	54	M	MAR.2009	ANARTRIA SEV. AFASIA AC.	SUB-AGUDO	ACV.	TER.CEREBRAL MEDIO IZQ.	NOV.2009
13. OS.	68	M	OCT.2006	AFASIA WERNCKE AC.	ESTADO	ACV.	ZONA TEMP.IZQ.	NOV.2009
14. E.A.	57	F	JUN.2008	AFASIA LEV.	ESTADO	ACV. ISQUEM	ZONA TEMP.IZQ.	NOV.2009
15. J.O.	57	M	OCT.2009	AFASIA- ANARTRIA MOD.	SUBAGUDO	ACV.ISQUEM	ZONA FRONTO- TEMP IZQ.	DIC.2009
16. OF	60	M	ABR.2006	AFASIA- ANARTRIA AC.	ESTADO	ACV.	ART. CAROTIDA IZQ.	ENE.2010
17. R.L.	54	M	JUL.2008	AFASIA WERNICKE AC	ESTADO	ACV.	ART.CAROTIDA IZQ/REG.TEMP.PAR IET IZQ.	ENE.2010
18. R.A	60	M	ABR.2008	AFASIA- ANARTRIA AC.	ESTADO	ACV. ISQUEM	ZONA FRONTO- TEMP-PARIETAL IZQ(ATROF).	ENE.2010
19. E.G.	65	F	JUL.2008	AFASIA WERNICKE SEV.	ESTADO	ACV.ISQUEM	ZONA TEMP.PARIET.IZQ.(ATROF.CORT.IMP)	FEB.2010
20. B.M	44	F	FEB.2009	AFASIA WERNICKE. SEV.	ESTADO	ANEURISMA	ZONA TEMP.PARIET.IZQ	FEB.2010
21. MV	54	F.	AGO.2009	ANARTRIA SEV.AFASIA AC.	ESTADO	ANEURISMA	ZONA FRONTO.TEMP. IZQ.	FEB.2010
22. EN	43	F	SEP.2003	ANARTRIA AC. AFASIA MOD.	ESTADO	ANEURISMA	ART,SILVIANA IZQ.ZONA FRONTO- TEMP.IZQ	FEB.2010
23. M.F.	80	M	ENE.2010	AFASIA- ANARTRIA MOD.	SUBAGUDO	ACV,ISQUEM	ZONA TEMP .SUBCORTICAL IZQ.	FEB.2010
24. L.D	55	F	SEPT.2009	AFASIA AC- ANARTRIA MOD.	ESTADO	ACV.ISQUEM	ZONA TEMP.FRONT. IZQ.	MAR.2010
25. A.V.	64	M	MAY.2006	ANARTRIA AC,AFASIA MOD.	ESTADO	ACV. ISQUEM	ZONA FRONTO- TEMP. IZQ.	MAR.2010
26. C,F,	62	M	FEB.2012	AFASIA MOD	SUBAGUDO	ACV	ZONA TEMP,IZQ	MAR.2010
27. M.F,	65	F	MAR.2010	AFASIA MODERADA	SUBAGUDO	ACV.ISQUEM	ZONA TEMPORAL	JUN.2010

28. MDU	55	M	NOV 2011	AFASIA SEVERA	SUBAGUDO	ACV,HEMORRAG	HEMATOMA FRONTO.TEMP. IZQ.PROF	ENE.2012
29. J.F.	20	M	DIC.2011	ANARTTRIA AFASIA LEV.	ESTADO	TEC.	ZONA FRONTO, TEMP,IZQ	DIC.2012
30. S.S	60	F	AGO.2012	AFASIA AC,	ESTADO	ACV ISQUEM	ZONA TEMP.PARIETAL IZQ.	MAR.2013
31. E,G,	80	F	FEB.2012	AFASIA ACENTUADA	SUBAGUDO	ACV. ISQUEM	ZONA TEMP.PARIETAL	MAR.2013
32. C.G.	51	F	MAY.2013	AFASIA - ANARTRIA LEVE	SUBAGUDO	ANEURISMA	REG.SILVIANA ANTERIOR	JUN.2013
33. CR	50	M	MAY.2012	AFASIA AC.	SUBAGUDO	ACV.ISQUEM	ZONATEMP.PARIETA L IZQ	JUN.2013
34. GB	23	M	NOV.2012	AFASIA LEV (AMNESIA)	ESTADO	TEC.	ZONA TEMP.PARIETAL IZQ.	JUN.2013
35. MB	21	M	MAR.2013	AFASIA SEVERA	SUBAGUDO	ACV.HEMORRAG	HEMATOMA ZONA TEMP.PARIETAL IZQ.	JUN.2013

Muestra

Este trabajo de investigación se realizó evaluando una muestra de pacientes adultos portadores de patología neurológica del lenguaje de tipo afásico o anártrico sin trastorno psiquiátrico ni gnóstico- práctico.

Condiciones de inclusión muestral: a) - Sujetos de ambos sexos.

b) - Pacientes con rango etario comprendido entre 20 y 80, atendidos en el H.I.G.A. FIORITO, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Fonoaudiología.

c) - Deben presentar cuadros clínicos de trastornos del lenguaje: Afasia y/o Anartria pura o combinada,

consecutivos a daño neurológico (A.C.V. traumatismo cráneo-encefálico o tumor cerebral). Se adopta la clasificación clásica (propuesta por quienes iniciaron el estudio de este tipo de trastornos: Broca, Wernicke, Pierre Marie, de la Neurología del siglo XIX) adoptada por el Dr. J. Azcoaga, en nuestro medio.

Condiciones de exclusión muestral.: No se incluyen, en la muestra, pacientes con trastornos de demencia senil, síndrome de Alzheimer o formas clínicas de disartria, trastornos auditivos, visuales o gnóstico- prácticos asociados.

Muestra de Pacientes Adultos

Datos correspondientes a la muestra de pacientes adultos con Trastorno del Lenguaje

Severidad Cuadro	Nº Pacientes
LEVES	5 (Nºs:5-14-29 -32-34)
MODERADOS	10 (Nºs:1-6-7-9-11-22-23-26-27-33)
ACENTUADOS	13 (Nºs:2-3-4-8-12-13-15-16-17-18-21-30-31)
SEVEROS	7 (Nºs:10-19-20-24-25-28-35)
TOTAL	35

Diseño

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal, con un esquema conceptual de asociación entre dos variables cualitativas.

Se busca demostrar la existencia de una correlación entre el grado de desvío de los errores de denominación y el nivel de severidad del cuadro clínico y las alteraciones del proceso de transcodificación semántico-fonológica.

Para el proceso estadístico de puesta a prueba de la hipótesis, se empleará el método estadístico de asociación para variables cualitativas (ordinales): chi cuadrado.

Descripción de las variables - Operacionalización

Variable "A": es cualitativa ordinal.

Se refiere a las categorías que indican los grados de alteración que pueden presentar los Trastornos del Lenguaje de causa neurológica.

En los Trastornos del Lenguaje en adultos, se describen 4 categorías: leve, moderado, acentuado, severo,

en función del grado de compromiso que afecta a los procesos de decodificación y codificación semántica y de codificación fonológico-sintáctica.

Estas categorías se corresponden con la magnitud de la alteración funcional de los analizadores del lenguaje, dada por desorganización de los mecanismos neurofisiológicos subyacentes: excitación-inhibición neural. En función de la actividad cortical anómala, J. Azcoaga (1985) describe 5 Niveles de severidad:

Nivel. I (Leve,)*

Nivel. II - Nivel. III (Moderado)

Nivel. IV (Acentuado)

Nivel V (Severo)

Cuadro indicativo de las categorías de severidad en pacientes adultos:

GRADO DE SEVERIDAD	CARACTERIZACIÓN	EVALUACIÓN LENGUAJE PROTOCOLO DR. AZCOAGA (ADULTOS) (SE CONSIGNA ITEM Y DIFICULTAD QUE DA LUGAR AL NIVEL OBTENIDO)	PUNTAJE NIVEL ALCANZADO
LEVE	NO COMPRENDE SEMAS ABSTRACTOS O GENERALIZADOS. LATENCIAS-ANOMIAS	NO RESUELVE DOBLE SENTIDO TEXTO. ANOMIAS LEVES, PARAFASIAS. LATENCIAS FATIGABILIDAD(ITEM III-IV PIERRE MARIE-VI)	NIVEL I
MODERADO	DIFICULTAD PARA SÍNTESIS VERBALES COMPLEJAS ^^^ LATENCIAS,*PERSEVERACIONES, ^^PARAFASIAS MONÉMICAS, ORFÉMICAS,SEMÁNTICAS, INTAGMÁTICAS, FONÉMICAS FONÉTICAS FACILITACIONES ECOLÁLICAS *	ITEM II-III-IV-PIERRE MARIE- (DIFICULTAD MODERADA) VI-VII-VIII(DIFICULTAD MODERADA)	NIVEL II O NIVEL III EQUILIBRIO ^^EXITATORIO- INHIBITORIO(NII) PREDOMINIO *(EXCITATORIO O INHIBITORIO(NIII))
ACENTUADO	SOLO COMPRENDE FRASES SIMPLES. INTOXICACIÓN POR LA ORDEN (PERSEVERA) ANOMIAS. PARAFASIAS. LOGORREA CON JERGAFASIA	ITEM I-II-III-IV-V (RESUELVE 50%) VI-VII-VIII-IX- X-XI- (RESUELVE 20%)))	NIVEL IV
SEVERO	COMPRENDE PALABRAS SUELTAS PERSEVERA CON CONSIGNA Y PALABRA AISLADA LOGORREA-JERGA INTENSAS	SOLO RESPONDE ORDENES SIMPLES (IV) REPITE PALABRA AISLADA NO GRUPOS O SERIES(I-V)	NIVEL V

Variable “B”: es cualitativa ordinal.

Se refiere al grado de desvío de los errores de denominación (desplazamiento semántico y el alejamiento del sema específico) que producen los síntomas que determinan el deterioro del proceso de transcodificación semántico- fonológico expresado en las respuestas (síntoma lingüístico). Se establece un orden de predominio de los síntomas obtenidos: parafasias, definiciones, perífrasis, circunloquios, neologismos, anomia, jerga y su correspondencia con los semas genéricos y virtuales, para ahondar en el conocimiento del proceso de desorganización de los significados. A cada respuesta, síntoma, solicitada durante el proceso de denominación se le asignó un valor de desvío, en función de su grado y con una escala para cada código. En este trabajo, se analizarán los desvíos semánticos.

Cuadro indicativo del valor asignado a cada respuesta (afecta la selección semántica.)

con trastornos lingüísticos consecutivos a daño neurológico.

- Prueba de Denominación de Objetos. Está constituida por 21 objetos de uso cotidiano.

Nómina de objetos: vaso – lápiz –tijera – porta-documentos – goma – taza – anillo – libro– esponja – jeringa – alfiler – tenedor – moneda – anteojos – cadena-pipa- tornillo – llave – botón—reloj.

La técnica empleada para obtener las respuestas fue la de solicitar al paciente la denominación del objeto presentado, uno por vez (sin presencia de otros objetos, propios de la Prueba o ajenos a la misma). No se estableció un orden especial en la presentación de los objetos, por no considerarse necesario (no significativo para los resultados a obtener).

-Consigna: ¿Cómo se llama esto?

De no obtener respuesta se puede reformular:

¿Qué es esto?

¿Qué clase de cosa es?

SEMAS	CARACTERIZACIÓN	PRESENTES EN	VALOR ASIGNADO POSITIVO (^) DESVÍO (*)
ESPECÍFICOS	SEMAS QUE CONSTITUYEN EL SIGNIFICADO DE UN TÉRMINO	RESPUESTA CORRECTA	(^) 1
GENÉRICOS	SEMAS COMPARTIDOS CON OTROS SEMEMAS. EL TÉRMINO COMPARTE CLASES O CATEGORÍAS CON OTROS TÉRMINOS.	PARAFASIAS: -MONÉMICA -SEMÁNTICA -SINTAGMÁTICA DEFINICIONES	(*) 2 3 4 5
VIRTUALES	DESPLAZAMIENTO HACIA SEMAS QUE SE ALEJAN DEL SIGNIFICADO DEL TÉRMINO	PERIFRASIS CIRCUNLOQUIO NEOLOGISMOS SEMÁNTICOS, Y MIXTOS JERGA	6 7 8 9 10

Material.

La muestra fue evaluada con la prueba de “Denominación de Objetos” (1983) y constituyó parte de la casuística presentada en su tesis doctoral (febrero 2014).

Fue creada para aplicar en el H.I.G.A. FIORITO, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Área Fonoaudiología por la Lic. Cerutti, con el objetivo de contar con una herramienta apta para la valoración de las alteraciones que afectan la elocución espontánea, facilitada por la sensopercepción, en pacientes

-Objetivo de la prueba : Contar con una herramienta apta para la detección y valoración de las alteraciones que afectan la elocución, facilitada por la sensopercepción, en pacientes con trastornos lingüísticos consecutivos a daño neurológico. También aporta datos acerca del proceso de la transcodificación semántico -fonológico-sintáctica, cuya etapa final es el lenguaje articulado (elocución). Ellos son: -Datos a obtener: Los síntomas que afectan a ambos códigos del lenguaje se registran bajo la forma de respuestas.

Son el resultado del trabajo desorganizado de los analizadores del lenguaje, como consecuencia de la alteración de los procesos subyacentes de la A.N.S. (excitación e inhibición) que sustentan la actividad cortical y generan mecanismos fisiopatológicos.

Efectividad

A) Esta prueba demostró su utilidad para el análisis de 1) las alteraciones que afectan a la codificación semántica y fonológico- sintáctica, 2) los mecanismos subyacentes a dicha codificación que permiten la elocución, 3) el proceso de transcodificación semántico-fonológico-sintáctica resultante del trabajo desorganizado de los analizadores del lenguaje, como consecuencia de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes de la A.N.S. que sustentan a dicho proceso.

B) Aportó datos para una mejor comprensión del curso que sigue la generación de una palabra (o de un mensaje).

C) Su aplicación en un grupo de pacientes permitió describir el trayecto desde el inicio de una actividad de denominación hasta su resolución final correcta o inadecuada (error o síntoma), las interacciones entre auto facilitaciones (paciente) y facilitaciones (terapeuta) tanto verbales como prácticas o sensorio-perceptivas.

-Criterio de valoración de los datos obtenidos: La prueba no tiene ni piso ni techo de respuestas; mide el tipo y frecuencia de aparición de los síntomas (que se relacionan en forma directa con el mayor o menor grado de desorganización de los procesos de la neurodinámica cortical: excitación-inhibición). A cada respuesta dada por el paciente le corresponde un grado de desvío del término correcto; este grado está dado por el número de unidades alteradas y el nivel afectado (Modelo de Lecours y Lhermitte). Se estableció una escala de desvío en el código semántico para la valoración de las Mismas

Código semántico:

Respuesta correcta: 1

Parafasia monémica: 2

Parafasia semántica: 3

Parafasia sintagmática: 4

Definiciones: 5

Perífrasis: 6

Circunloquios: 7

Neologismos semánticos: 8

Neologismos mixtos: 9

Jergafasia: 10

Puntaje a otorgar: El total de emisiones fonológicas. Se obtendrá un promedio resultante de multiplicar el número de errores que corresponde a cada síntoma por el valor que le fue asignado, sumar los resultados correspondientes a cada tipo de desvío parcial y dividirlo por el número de respuestas dadas. El número final será " el grado de desvío de ese paciente".

Análisis de las respuestas: La presentación de 20 objetos de uso cotidiano podrá generar un número x de emisiones por parte de cada sujeto de la muestra, no determinado previamente, ni condicionado por las normas de la prueba.

Los tipos de probables respuestas a obtener son: 1-Respuesta correcta, 2-Latencias, 3-Parafasias Fonéticas, 4-Parafasias fonémicas, 5-Parafasias Morfémicas, 6-Parafasias Monémicas, 7-Parafasias Verbales Sintagmáticas, 8-Parafasias Verbales Paradigmáticas, 9-Parafasias Sintagmáticas, 10-Definiciones, 11-Perífrasis, 12-Circunloquios, 13-Neologismos Semánticos, 14-Neologismos Fonológicos, 15-Neologismos Mixtos, 16-Anomia, 17-Jergafasia-

No se analizaron repuestas que adoptaron la forma de: perseveración, ecolalia y logorrea por tratarse de mecanismos patológicos que afectan a la elocución, impiden la selección semántica o fonológica, pero no constituyen en sí mismos un error de codificación semántico-fonológica.

Del total de respuestas dadas por los pacientes, sólo se consideraron para su valoración las que afectaron a la selección semántica, ya que el desvío de la denominación correcta pone en evidencia el desplazamiento de los semas específicos hacia enlaces semánticos más o menos alejados de la respuesta correcta. (Esto equivale al grado de desorganización del lenguaje interior en el paciente). No se consideraron los desvíos fonológicos porque este trabajo de investigación se centra en los desvíos semánticos exclusivamente.

Las categorías que corresponden a desvíos en el código semántico se agrupan bajo los 3 grados posibles

de selección de los semas: específico, genérico, virtuales, propuestos por Pottier.

Sema específico: respuesta correcta.

Sema genérico: desplazamiento hacia semas compartidos con otros sememas que permiten que el vocablo en cuestión comparta una categoría o clase con otros nombres.

Materiales y Métodos

Muestra

Este trabajo de investigación se realizó evaluando una muestra de pacientes adultos portadores de patología neurológica del lenguaje de tipo afásico o anártrico sin trastorno psiquiátrico ni gnóstico- práctico.

Condiciones de inclusión muestral:

a)Sujetos de ambos sexos.

b)Pacientes con rango etario comprendido entre 20 y 80, atendidos en el H.I.G.A. FIORITO, Servicio de

Medicina Física y Rehabilitación, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Fonoaudiología.

c)Deben presentar cuadros clínicos de trastornos del lenguaje: Afasia y/o Anartria pura o combinada, consecutivos a daño neurológico (A.C.V. traumatismo craneo-encefálico o tumor cerebral). Se adopta la clasificación clásica (propuesta por quienes iniciaron el estudio de este tipo de trastornos Broca, Wernicke, Pierre Marie, de la Neurología del siglo XIX) adoptada por el Dr. J. Azcoaga, en nuestro medio.

Condiciones de exclusión muestral: No se incluyen, en la muestra, pacientes con trastornos de demencia senil, síndrome de Alzheimer o formas clínicas de disartria, trastornos auditivos, visuales o gnóstico- prácticos asociados.

Muestra de Pacientes Adultos

Datos correspondientes a la muestra de pacientes adultos con Trastorno del Lenguaje.

Tabla que expresa los promedios del desvío semántico por grupo de severidad e indica los valores mínimo y máximo para cada uno.

N=35

		Rango	desv standard
Leve	2,3	1,84 - 2,62	0,32
Moderado	3,27	2,43 - 4,30	0,51
Acentuado	5,76	3,50 - 7,97	1,71
Severo	6,98	5 - 9,09	1,35

ADULTOS	Puntajes Test Denominación		
grado severidad	1,2,3	4,5,6,7	8,9,10
leve / moderado	12	3	0
acentuado / severo	2	13	5

Tabla que indica la distribución de pacientes por severidad y tipo de desvío

TEST DE DENOMINACIÓN EN ADULTOS (n=35)		Porcentajes de semas producidos en cada grupo según severidad			
GRADO DE TRAST.	Nº DE PAC	SEMAS ESPECÍFICOS	SEMAS GENÉRICOS	SEMAS VIRTUALES	TOTAL SEMAS
LEVES	5	61%	38%	1%	100%
MODERADOS	10	49%	29%	22%	100%
ACENTUADOS	13	24%	38%	38%	100%
SEVEROS	7	25%	21%	54%	100%

Tabla que indica la distribución de los diferentes grados de desvío

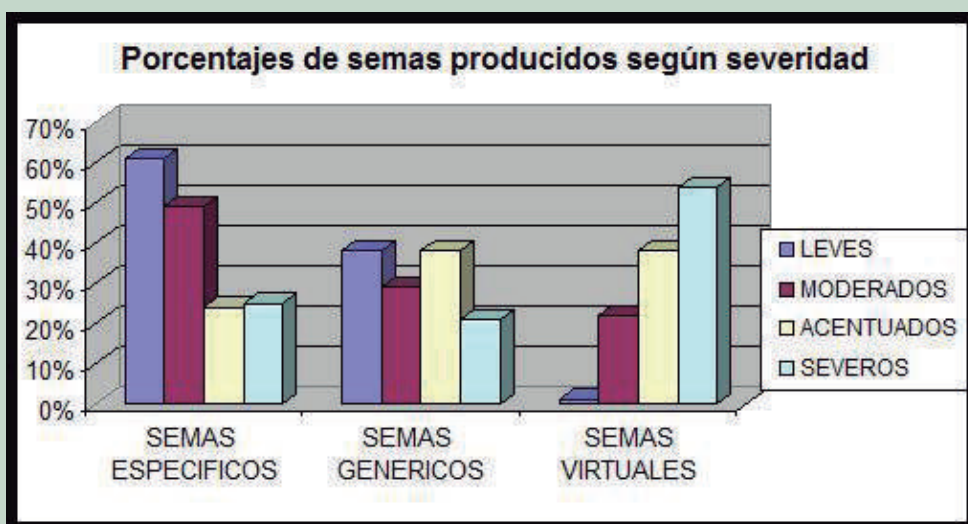
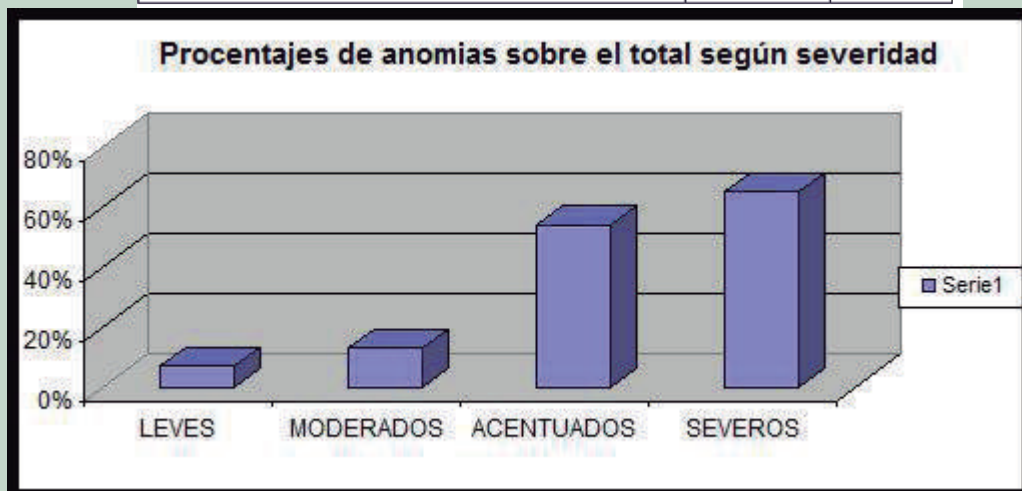


Tabla que indica la distribución de los diferentes grados de desvío

TEST DE DENOMINACIÓN EN ADULTOS (n=35)		
Porcentajes de anomias del total de producciones de cada grado de severidad.		
GRADO de SEVERIDAD	Nº DE PAC	ANOMIAS
LEVES	5	7%
MODERADOS	10	13%
ACENTUADOS	13	54%
SEVEROS	7	65%



CUADRO DE CONTINGENCIA

PUNTAJES	1 a 5	6 a 10
SEVERIDAD		
LEVE	5	0
MODERADO	10	0
ACENTUADO	6	7
SEVERO	1	6

	PUNTAJES	1 a 5	6 a 10
SEVERIDAD			
leve / moderado		15	0
acentuado / severo		7	13

Puntajes que indican cantidad de pacientes en función de desvíos referidos a semas genéricos (1 a 5) y virtuales (6 a 10)

	Puntaje / Test Denominación		
Severidad	1,2,3	4,5,6,7	8,9,10
Leve	5	0	0
Moderado	7	3	0
Acentuado	2	8	3
Severo	0	5	2

Tabla que indica los puntajes para cada grupo en función de las respuestas y que implican grados de desvío

PRUEBA DE HIPÓTESIS (CHI CUADRADO)

Grupo Adultos

Se llevará a cabo la prueba con un nivel de significación $\alpha = 0,01$ (1%)

		Frecuencias observadas		
		Puntajes Test Denominación		
Grado Severidad		1,2,3	4,5,6,7	8,9,10
leve / moderado		12	3	0
acentuado / severo		2	13	5
		14	16	5
				35

		Frecuencias esperadas		
		Puntajes Test Denominación		
Grado Severidad		1,2,3	4,5,6,7	8,9,10
leve / moderado		6,00	6,86	2,14
acentuado / severo		8,00	9,14	2,86
		14,00	16,00	5,00
				35

En base a los valores calculados, se rechaza la Hipótesis nula (Variables independientes no asociadas), dado que el valor de probabilidad p que surge de la prueba es inferior al nivel de significación α adoptado.

Conclusión

Existe una significativa asociación entre las variables Grado de Severidad y Test de Denominación.

Resultados

Análisis lingüístico de los datos obtenidos: Se puede inferir que en los cuadros de trastornos de Afasia moderados, acentuados o severos, se obtiene más de una palabra por objeto o expresiones de diferente tipo (circunloquios, jergafasia, perífrasis) o muy pocas en los cuadros de anartria severa, o falta de respuesta en afasia (anomia) o imposibilidad de actualizar fonemas en anartria severa.

Cuando se puede constatar que el paciente conoce el nombre del objeto no se trata de anomia aunque el término se produzca distorsionado por alteración de rasgos fonéticos o fonemas, es decir, son parafasias. La mayor presencia de respuestas de este tipo se da en los pacientes acentuados y el menor número en leves y severos. Esto obedece al comportamiento de la neurodinámica cortical que, en el caso de los leves, está más equilibrada y produce menos desvíos en ambos códigos y, en los severos, está teñida de un tono inhibitorio que limita algunas respuestas.

El comportamiento de los semas específicos indicó un predominio en leves (93) y moderados (173) respecto de acentuados (119) y severos (49), lo cual indica campo semántico más indemne en relación a los otros cuadros. Tener en cuenta el nº de pacientes de cada nuestra, los pacientes moderados constituyen el doble de los pacientes leves. Los semas genéricos tuvieron mayor presencia en acentuados (188) y moderados (100) respecto de leves (57) y severos (41) y ponen de manifiesto la desorganización gradual del lenguaje interior, reservorio de los significados. La frecuencia de producción en leves indica una mayor estabilidad de los semas específicos y los correspondientes neurosemas y, en el caso de los severos, el grado de deterioro de estos semas en beneficio de los virtuales que prácticamente los triplican.

Los semas virtuales predominaron en acentuados (185) y severos (107) respecto de moderados (77) y leves (1). Estos valores corroboran el análisis precedente, ya que dan cuenta de una mayor desviación en

el eje semántico y la fractura en el proceso de transcodificación semántico-fonológica.

La prueba de hipótesis demuestra la dependencia de las variables en la tarea de denominación de objetos. El conjunto de respuestas obtenidas pone en evidencia el recorrido que implica la evocación de una palabra precisa, en este caso en función de la denominación, cuando no puede ser actualizada en el momento preciso. Las manifestaciones patológicas del lenguaje constituyen una muestra de los diferentes grados de desplazamiento en el campo semántico, que da lugar a modificaciones y/o distorsiones en el significado de la palabra (cuya construcción y enriquecimiento continuo a través de la vida del sujeto tiene una fuerte relación con la organización (en el niño) y su indemnidad (adultos)).

Discusión

El tema planteado en este trabajo de investigación hace referencia a las alteraciones que afectan a la codificación semántica en la Afasia y sus vínculos con el lenguaje interior. Se interroga sobre los mecanismos subyacentes a las dificultades para la correcta selección semántica del paciente y el rol de la memoria.

Analizando el curso que sigue el intento de respuesta en pacientes con cuadros de diferente grado de severidad, se observa que la falta de actualización del nombre genera una búsqueda, a veces espontánea (auto facilitación), otras facilitada.

En esa búsqueda, se pueden producir las diferentes respuestas que ponen en evidencia el alejamiento o la proximidad al término correcto.

Se tiene en cuenta que, en el proceso de codificación, se parte de la elección semántica que ocurre en el ámbito del lenguaje interior, en el primer nivel del proceso de transcodificación. Es allí donde se puede producir una alteración del significado de la palabra, cuando el paciente responde con neologismo o jerga, y arrastra ese error hasta la formulación externa, el plano fonológico-sintáctico.

El paciente que presenta imposibilidad de actualizar los semas específicos está realizando una conexión de neurosemas anómala, en donde, más allá del papel que juega la memoria semántica, se desplaza hacia otros campos semánticos.

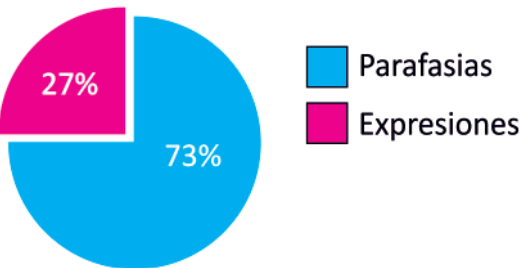
La discusión de los datos y conclusiones en relación a los hallazgos de otros autores se ve muy limitada por no haberse encontrado, en la bibliografía, datos específicos de estudios similares que analicen los errores de denominación contrastándolos con los semas.

La verificación de los datos sí se debe buscar en la descripción clínica de la Afasia que reconoce al conjunto de síntomas, respuestas en esta investigación, como específicos de la sintomatología de este trastorno del lenguaje y cuya variedad y frecuencia de producción determina la severidad del cuadro clínico. En el marco teórico, se menciona a los autores que reconocen al lenguaje interior desorganizado subyacente a la Afasia, Azcoaga, Luria, Bierswich (adultos) y con dificultades para organizarse cuando hay retardo y trastornos en su aprendizaje, Azcoaga, Cerutti (niños).

Resulta pertinente comentar los hallazgos de la investigación efectuada por la Dra. Geromini en el trabajo presentado en el "XIII Congreso Internacional de Psicología," Acapulco, México (1984). La autora estudia las "Expresiones y transformaciones parafásicas semánticas: Alejamiento de los modelos normales". Hace referencia a los mecanismos fisiológicos subyacentes que sustentan a los procesos lingüísticos y pone especial atención en el significado de la palabra y su soporte neuro-fisiológico, el neurosema. Su propósito es explorar la relación existente entre las anomias y las parafasias (que comprometen el significado) en el lenguaje interior.

Analiza expresiones, parafasias y facilitaciones, siguiendo dos coordenadas de trabajo: magnitud de las unidades transformadas y alejamiento de los modelos normales. Hipótesis planteada: existencia de perturbaciones de la actividad analítico-sintética cortical, como proceso fisiopatológico subyacente responsable de la producción de las distorsiones registradas. Los resultados se obtuvieron sobre una muestra de 100 pacientes con diferentes grados de Afasia y/o Anartria. Se puede apreciar la obtención de respuestas que responden al mismo tipo de síntomas y teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, la frecuencia de presentación de las mismas guarda correlación en cuanto al predominio de parafasias semánticas respecto de los otros síntomas. El conjunto de respuestas registradas ilustra la desorganización de los significados (lenguaje interior).

Gráfico 1
Frecuencia de formas puras (transformaciones parafásicas y expresiones) por defecto de la codificación semántica



Se observó aumento del desplazamiento semántico en relación con la severidad de los cuadros clínicos, en coincidencia con lo que sostiene la autora de la presente tesis.

Gráfico 2
Distribución de las 262 transformaciones parafásicas semánticas según modalidad

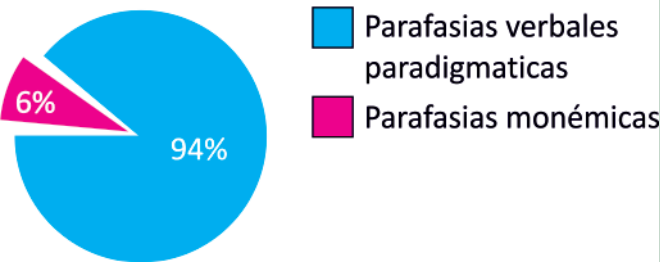
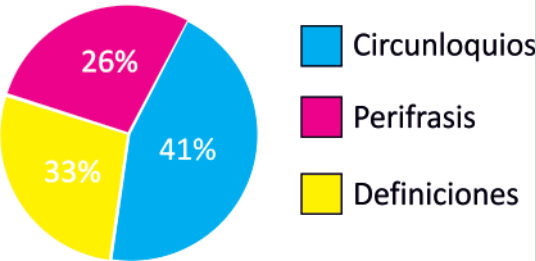


Gráfico 2
Distribución de las 99 expresiones según modalidad



Grado de severidad Diagnóstico Clínico de lenguaje	Síndromes puros y combinados			Síndromes con componentes		Total	Porcentaje
	Leve	Moderada	Severa	Anártrico leve	Afásico leve		
Afasia	19	28	9	-	-	56	56.00
Afasia - anartria	1	10	-	-	-	11	11.00
Anartria - afasia	15	5	-	-	-	20	20.00
Afasia moderada	-	-	-	1	-	1	1.00
Anartria moderada	-	-	-	-	12	12	12.00
Total	35	43	9	1	12	100	100.00

El análisis de las respuestas estudiadas en la muestra del presente trabajo, que pertenecen a parte de la casuística que corresponde a la Tesis, Distorsiones del sentido-significado de la palabra en patología del lenguaje de causa neurológica Relaciones con el lenguaje interior, permite observar lo siguiente:

Pacientes Leves: predominio de parafasias semánticas (28), seguido de monémicas (6), sintagmáticas (2) y fonémicas (1), lo cual pone en evidencia el restablecimiento gradual

del lenguaje interior, en su condición de reservorio de los significados de las palabras.

Se registró un neologismo semántico (apoyado en juicio de función o uso) y una expresión muy clara de lo que es la anomia, en palabras del paciente N° 29, en su tanteo verbal referido a alfiler. La superación de la anomia frente a la facilitación fonológica, permite inferir que en el curso de búsqueda del neurosema específico, el paciente actualiza neurosemas genéricos, por lo tanto, hay un desvío intermedio en el cual se encuentran semas compartidos con el específico (nombre del objeto) que, frente al inicio del molde fonológico, logran sintetizar los semas faltantes. Cuando se construye o aprende un significado, se da una síntesis entre la información propioceptiva articulatoria (estereotipo fonemático), la imagen acústica (estereotipo auditivo) y el aspecto semántico, significado del término, constituido por el sema específico (estereotipo motor verbal).

Tal como corresponde a una unidad funcional, o estereotipo, (concepto neurofisiológico), la presencia de uno de los elementos, en este caso el soporte auditivo-fonológico, activa al resto de los componentes y se accede al nombre correcto. La actualización previa de términos relacionados semánticamente con el nombre del objeto presentado, indica claramente que el paciente no está haciendo una búsqueda fonológica sino conceptual, por lo que se infiere que cuenta con un sustrato semántico básico, desorganizado, que denota un trastorno de la ejecución, no de la competencia lingüística.

Pacientes moderados

Las respuestas directamente vinculadas a la desorganización de la codificación semántica: neologismos y parafasias semánticas, neologismos mixtos de base semántica, parafasias sintagmáticas y monémicas (76 en total) de producciones de pacientes con trastornos moderados evidencian una sintomatología más variada cuali y cuantitativamente con respecto a la de los pacientes leves y severos.

El grado de incidencia del trabajo ineficiente del analizador verbal sobre la codificación fonológica la torna deficitaria a medida que se acentúan los procesos de irradiación excitatoria y de déficit de análisis y síntesis auditivo- semántico y da lugar a respuestas que obedecen a desvíos fonológicos por falta de control inhibitorio del analizador verbal sobre la actividad del analizador cinestésico motor verbal. La suma de parafasias que recaen sobre la producción fonológica alterada más los neologismos de base fonológica arroja 110 respuestas y supera levemente el 50% (94) del total de las respuestas(188) respecto de los desvíos semánticos que se encuentran por debajo del 50% (76 respuestas desviadas).

En los cuadros moderados, el grado de desorganización del lenguaje interior aún permite conservar la selección de semas específicos, pero su actualización es lábil. La variabilidad de respuestas denota un trabajo laborioso y desorganizado en grado moderado del analizador verbal (factor excitatorio) teñido por un tono lentificado (factor inhibitorio) que afecta la selección semántica interferida por latencias y anomias. El equilibrio inestable de los procesos excitación-inhibición determina la selección fonológica incorrecta que da lugar a los síntomas ya consignados (desvíos fonológicos de distinto grado desde la parafasia fonémica hasta neologismos fonológicos y mixtos).

Pacientes acentuados

El mayor número de desvíos en el código fonológico por sobre el código semántico se puede imputar a que en el paciente afásico se producen fallas de autocontrol semántico y discriminación audio -fonética (déficit del oído fonemático) frente a las emisiones verbales. A mayor grado de depresión funcional del analizador verbal, esta forma de trabajo se acentúa. Por otra parte, debe tenerse en cuenta la presencia de componente anártrico en 5 de los 13 pacientes que integran la muestra.

La presencia de neologismos mixtos sobre la base del desvío semántico es otra evidencia de lo expresado en relación al trabajo del analizador verbal.

Pacientes severos

Se advierte 1 neologismo semántico puro. En la génesis de los neologismos mixtos, se puede inferir, basándonos en el curso que sigue todo proceso de codificación del mensaje, un desplazamiento semántico inicial (parafasia) como punto de partida de los mismos. Luego, el desvío fonológico causado por la falta de regulación del analizador verbal para la selección de los fonemas y /o sílabas correctas para la palabra seleccionada en la codificación semántica transforma en 5 oportunidades esa parafasia en neologismo mixto. En CADERNODITA (por cadena), el mecanismo se inicia a partir de un desvío semántico de naturaleza monémica, al que se suma un desvío fonológico (parafasia fonémica- morfémica).

Conclusión

La investigación propuesta tiene por objeto identificar el rol del "lenguaje interior" como factor estructurante en la competencia comunicativa del sujeto, que ve afectada, en diferente grado, su capacidad de codificación semántica, fonológica y sintáctica, cuando se produce una alteración orgánica o funcional en el S. N. C., en las áreas del lenguaje, tanto por daño congénito como adquirido.

El análisis de las respuestas muestra una participación considerable de semas genéricos y virtuales que son los

que constituyen el discurso en los pacientes con trastornos moderados, acentuados y severos (ver cuadro de niveles de severidad).

El paciente que presenta imposibilidad de actualizar los semas específicos está realizando una conexión de neurosemas anómala, en donde, más allá del papel que juega la memoria semántica, se desplaza hacia otros campos semánticos. Podemos sostener que el grado de desvío que sufren las palabras respecto de su denominación adecuada, es expresión de la fractura del proceso de transcodificación semántico-fonológica y de la alteración del sentido y significado de las palabras, cuando la actualización de un nombre se aleja, transitoriamente o en forma persistente, de la elección del sema específico.

Estos resultados ameritan afirmar que, siendo el significado la unidad constitutiva del lenguaje interior, cuando dicha función se ve afectada por la alteración de la neurodinámica cortical, se expresa directamente en la desorganización del significado interior, cuando dicha función se ve afectada por la alteración de la neurodinámica cortical, se expresa directamente en la desorganización del significado interior, cuando dicha función se ve afectada por la alteración de la neurodinámica cortical, se expresa directamente en la desorganización del significado.

Bibliografía:

1. Azcoaga, J.E. "Del lenguaje al pensamiento verbal", México, El Ateneo, 1979.
2. Azcoaga J.E. "El lenguaje, su estructura y sus funciones. Esfera Neuropsicológica" Ed. Apinep. Buenos Aires. (1982, a)
3. Azcoaga J.E. "Los procesos de transcodificación en Neuropsicología" Actas del 1º Congreso de Comunicología, Buenos Aires, (1982, b)
4. Azcoaga J. E. "Deterioro neurológico de los códigos del lenguaje" Fonoaudiológica, 1982, Tomo 28, N° 3 Pag.176-180, c Azcoaga J. E. "Las Funciones Cerebrales Superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto" Argentina, Paidós, 1983
5. Azcoaga J. E. "Neurolingüística y Fisiopatología", Argentina, El Ateneo, 1985
6. Azcoaga J. E. "Aspectos epistemológicos en la investigación del lenguaje interior" Publicado en Berdichesvsky et al. "Psicología y nuevos tiempos" Una aproximación epistemológica. Ed Cartago (1988, a) Pag. 219-237.
7. Azcoaga J. E. "El papel del lenguaje interno en el proceso del Conocimiento" Publicado en Berdichesvsky et al. "Psicología y nuevos tiempos" Una aproximación epistemológica. Ed Cartago (1988, b) Pag. 201- 207
8. Azcoaga J. E. "Enfoque neuripsicológico de la actividad cognitiva. La formación de los conceptos. Actas 1º Congreso Latinoamericano de Neuropsicología, Junio 1989 Buenos Aires, Argentina.
9. Azcoaga, J.E. " Los códigos del Lenguaje", Facultad de Psicología de la UBA/ A.P.I.N.E.P., 1991, b
- Azcoaga J. E. "El código neural", Departamento de Biología, UBA A.P.I.N.E.P. (1991, a)
10. Azcoaga, J.E. "Información semántica. Lenguaje interno. Pensamiento" En acta Psiquiátrica y Psicología de América latina, 1993. 39,(2)107-116
11. Azcoaga J. E. "Rutas de la Neuropsicología". Conferencia de clausura. 11º Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Puebla- oct. 2009
12. Béjtereva, N. "El cerebro sano y enfermo" España, Paidós, 1984
13. Bierswisch, M. "Efectos psicológicos de los componentes estructurales del lenguaje" Argentina, Paidós, 1986
14. Cerutti, M: "Valoración del campo semántico: Aporte de la Neurolingüística" Fonoaudiológica, 1984, Tomo 30, N° 3; Pag. 194_202
15. Cerutti, M. "El equipo multidisciplinario en el tratamiento de los trastornos del lenguaje" en "Neurolingüística y Fisiopatología", Azcoaga, J.E. Argentina, El Ateneo, 1985
16. Cerutti, M. "Breve análisis de las interacciones

y facilitaciones del terapeuta y de las autofacilitaciones del paciente afásico y anártrico en la generación del discurso" en Revista Lingüística y Literatura" (1987, a) 11-12; Pág., 39-53

17. Cerutti, M. "Investigación en Neurolingüística. Diferentes planos del lenguaje que intervienen en la generación de parafasias.", Fonoaudiológica, (1987,b) Tomo 33 N° 2; 65-71

18. Cerutti, M. "Expansión semántica en la transcodificación semántico-fonológica", Fonoaudiológica, 1996, Tomo 42, N° 2; Pag.12-21

19. Delgrosso, A. "Parafasia monémica", Fonoaudiológica, 2000 Tomo 46, N°2, Pag.50-60

20. Ellis y Young: "Sistema modular", en "Exploración en neuropsicología cognitiva", Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 1988

21. Geromini, G. "Implicancias neurolingüísticas en la anomia y en Las Parafasias" Tesis Doctoral. Universidad del Museo Social Argentino (1984, a)

22. Geromini, G. "Expresiones y transformaciones parafásicas: alejamiento de los modelos Normales" "Actas XIII Congreso Internacional de Psicología", Aca-pulco, México (1984, b)

23. Lecours, A y Lhermitte, F. «L'Aphasie ris», Ed. Flamarión, 1979

24. Luria, A. "Fundamentos de Neurolingüística" España Toray- Masson, 1979

25. Luria, A. "Conciencia y lenguaje". Pablo del Río, Madrid, 1980.

26. Pottier, B. "Lingüística General teoría y descripción" Ed. Gredos, Madrid, 1977

27. Pottier, B. "Semántica y lógica", Madrid, Ed. Gredos 1983

28. Tsvétkova, L.S. "Reeducación del lenguaje, la lectura y Escritura" Comunicación Humana N°3 Ed. Fontanella, Barcelona, 1997

29. Tulving, E. "Episodic and semantic memory" In Organization of Memory, Academic Press, New York, 1972, 381-403

30. Vygotski, L. "Pensamiento y Lenguaje", Argentina, Ed. La Pléyade, 1984 Weigl, Egon "Investigaciones en neurolingüística sobre la memoria semántica" en

31. Bierswisch, M. "Efecto psicológicos de los componentes estructurales del lenguaje" Argentina, Paidós, 1986

Caso Clínico

EXPERIENCIA DE TRABAJO EN PARÁLISIS FACIAL, SUBJETIVIDAD Y APLICACIÓN DE VENDA PARA LA REHABILITACIÓN NEUROMUSCULAR.

Thelma R. Figari

Licenciada en Fonoaudiología. UNLP

Becaria Hospital Dr. Alejandro Korn.

Sala Medicina Física y Rehabilitación

Profesora Adjunta

Cátedra Psicolinguística .UCALP

Maestranda en Políticas

de desarrollo. UNLP

Declaro que no tengo ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado.

Resumen

Se describe la experiencia de trabajo desde la sala de Medicina Física y Rehabilitación con dos sujetos que cursaron Parálisis Facial Periférica (PFP) Idiopática. Se advierte que la PFP Idiopática, debido a sus manifestaciones clínicas sintomáticas, no afecta exclusivamente el aspecto facial del sujeto sino que conjuntamente involucra el psicológico e inciden en el proceso de recuperación.

El abordaje desde el área fonoaudiológica combina el tratamiento convencional de la PFP junto con la colocación de vendaje neuromuscular facial, observándose una recuperación más veloz de los grupos musculares afectados. Si bien el proceso de mejoría guarda estrecha relación con la severidad de la parálisis, la técnica referida en concomitancia con ejercicios práxicos beneficia el tratamiento.

Palabras Clave: parálisis facial, rehabilitación, vendaje neuromuscular.

Abstract

We describe the work experience from the Physical Medicine and Rehabilitation room with two subjects who had Idiopathic Peripheral Facial Palsy (PFP). It is noticed that the Idiopathic PFP, due to its symptomatic clinical manifestations, does not only affect the facial appearance of the subject, but also involves the psychological aspect influencing the recovery process.

The approach from the speech-language area combines the conventional treatment of the PFP together with the placement of facial neuromuscular dressing, observing a faster recovery of the affected muscle groups. Although the improvement process is closely related to the severity of the paralysis, the technique referred to in concomitance with praxis exercises benefits the treatment.

KeyWords: Facial paralysis, Rehabilitation, neuromuscular bandage.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal en un período de tres meses en dos sujetos con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica.

La evaluación del grado de lesión del nervio facial se llevó a cabo según la presentación clínica utilizando la Escala de House-Brackmann, realizándose una valoración inicial y una segunda hacia las doce sesiones cumplidas de trabajo miofuncional.

Las sesiones de tratamiento se iniciaron en el mes de febrero del año 2016 y finalizaron en abril del mismo año. Se realizó una sesión semanal con colocación del vendaje neuromuscular en conjunto con el tratamiento convencional de ejercitación facial.

El estudio se llevó a cabo en dos pacientes de sexo femenino y masculino cuyas edades oscilaban entre los cuarenta y los cuarenta y cinco años respectivamente, que presentaban parálisis facial periférica idiopática. De cada individuo, se recabó información sociodemográfica (edad, sexo, estado civil y otros) y características clínicas relacionadas a la parálisis facial, (factores que predisponen a padecerla como Hipertensión Arterial y enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus), así como el tipo de terapia programada por su médico tratante.

Introducción

La parálisis facial es un trastorno neuromuscular causado por lesión de las vías motora y sensorial del nervio facial, que ocasiona una alteración del movimiento en los músculos del rostro, en la secreción de saliva, lágrimas, y en el sentido del gusto.

El Método de Vendaje Neuromuscular toma como fundamento el concepto de estimulación tegumentaria. Aplicado en parálisis facial, genera estímulo cutáneo proporcionando aferencias constantes y duraderas hacia la corteza sensorial primaria, lo que permite una mejor integración del sistema somatosensorial.

Cuando la parálisis facial no tiene una causa aparente, se la conoce como parálisis facial primaria o idiopática (parálisis de Bell), mientras que al tener una causa detectable, se la conoce como parálisis secundaria.

Se ha descrito que la causa más común de la parálisis facial periférica es una infección viral sistémica del virus herpes simple. Dentro de las principales causas de parálisis facial secundaria, se encuentran: traumatismos, problemas vasculares como aneurisma de la arteria basilar, lesiones vasculares pontinas o hipertensión así como tumores, pro-

cesos inflamatorios óticos y reacciones a drogas o medicamentos como la isoniazida. También se deben a cuadros neurológicos como polirradiculoneuropatías periféricas tipo Guillain-Barré, multineuritis, sífilis, lepra, cuadros meningeo infecciosos o encefalitis asociados a padecimientos como síndrome de Ramsay-Hunt, de Heerfordt, de Melkersson-Rosenthal o de Stevens-Johnson, enfermedades óseas, por ejemplo, la enfermedad de Paget, enfermedades granulomatosas y del tejido conectivo como sarcoidosis, malformaciones congénitas del oído, problemas endócrinos como hipotiroidismo, esclerosis múltiple y, en menores casos, HIV.

Se ha encontrado que la parálisis facial puede aparecer después de la extracción dental, siendo muy baja su incidencia. Se atribuye esta afección a la anestesia, la cual inflama al nervio facial causándole degeneración, aunque también puede deberse a la infección por parte de virus contenido en la saliva.

Signos y Síntomas

Los signos y síntomas de la parálisis facial dependen del lugar de la lesión en el nervio facial.

A medida que la lesión es más periférica, se puede observar pérdida de movimiento del lado afectado de la cara. Los pliegues y arrugas de la hemicara están ausentes o indefinidos.

El párpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca se ven caídos. Se presenta un incremento en la sensibilidad a los cambios de temperatura y hay una mayor secreción de saliva y lágrimas. Hay problemas visuales a consecuencia del trastorno de movilidad o cierre palpebral, tales como visión borrosa o incompleta. También existe una exposición de la cornea a causa de la dificultad para cerrar los ojos así como pérdida del reflejo de parpadeo.

La asimetría ocasionada por la parálisis se evidencia más cuando el sujeto realiza los siguientes movimientos: formar arrugas horizontales en la frente al elevar las cejas, fruncir el entrecejo, arrugar la nariz, apretar labios y abocinar la boca para soplar o silbar. Asimismo, se observará asimetría al sonreír y hablar; en ocasiones la voz adquiere un tono nasal. Los líquidos a ingerir se pueden derramar, los alimentos sólidos pueden quedar acumulados entre la mucosa labial y encías o en la mucosa de los carrillos. En la audición, puede presentarse hiperacusia, la cual se define como hipersensibilidad a los sonidos cotidianos, percibidos como insoportables, fuertes o dolorosos. Aunque la hiperacusia se puede presentar como un daño a nivel central, en el caso de la parálisis facial, se presenta si la lesión es proximal al nervio estapedial tras la disminución o

ausencia del reflejo. Dicho reflejo se presenta, con frecuencia, como un mecanismo de protección contra sonidos fuertes mediante la contracción bilateral del músculo estapedial en el oído medio, que ocurre alrededor de los 85 decibeles. Otras características de la PFP son la presencia de otitis, dolor cercano a la apófisis mastoides (50% de los casos), formación excesiva de lagrimas, pérdida sensorial en la piel y músculo, y pérdida del sabor en la mitad de la lengua (33% de los casos).

Curso y pronóstico

La rapidez de su aparición, curso y evolución dependen de factores tales como el lugar de la lesión del nervio facial y de la causa que la origina. En general, el inicio de la parálisis es repentino, la mayoría de los individuos dan cuenta de sus síntomas al despertar, se describen, no obstante, episodios de PFP luego de un golpe de frío intenso (por eso se la conoce también como "Parálisis Facial a Frigore").

Puede ser precedida por dolor en la región del pabellón auricular, o por situaciones de estrés, ansiedad y depresión. Se ha descrito que la debilidad muscular completa es alcanzada en un plazo de 48 hs.

Los pacientes comienzan a recuperarse dentro de las tres primeras semanas después del inicio de la enfermedad y se ha observado normalmente una recuperación completa en un 75 a 84% de los casos en un plazo de seis meses. El porcentaje restante, 16 a 25%, muestra secuelas de moderadas a severas debido a una mala evolución, regeneración incompleta o aberrante del nervio.

Las secuelas posparalíticas se presentan con frecuencia (entre un 25 a 65 % de los casos) en el lado afectado. Dentro de las más comunes, se encuentran: sincinesia, espasmo posparalítico, síndrome mioclónico secundario y lagrimeo que afectarán, en grado variable, la simetría y funcionalidad facial.

La sincinesia es una de las secuelas más frecuentes, consiste en un movimiento muscular no intencionado de la parte inferior de la cara (boca) durante el movimiento voluntario de la parte superior de la misma (guiño o parpadeo) y viceversa. La sincinesia aparece 3 o 4 meses después de iniciada la parálisis.

El pronóstico de recuperación completa disminuye conforme aumenta la edad (mayores de 60 años), el grado del daño en el nervio y presencia de problemas que acompañan al trastorno como la hipertensión (en especial en personas mayores de 40 años), o diabetes, la cual no es un factor que determina el grado de parálisis facial, pero sí parece afectar su rehabilitación, dejando secuelas como

debilidad y sincinesia. Otros factores que indican un pronóstico de pobre recuperación son: padecer dolor severo, degeneración severa del nervio facial mostrada con electroneurografía, ausencia de recuperación dentro de las tres primeras semanas y empleo de fármacos siete días o más después del inicio del trastorno.

La incidencia entre hombres y mujeres es similar, con presentación bimodal en las edades de 20 a 29 años y de 50 a 59 años. La mujer, en edad reproductiva, es afectada dos a cuatro veces más que el hombre de la misma edad y, en mujeres embarazadas, 3.3 veces más.

Acerca de la terapia

El tratamiento de rehabilitación en la PFP llevado a cabo por el área de fonoaudiología requiere de una programación y reprogramación sistemática, necesitando un importante compromiso por parte del usuario del servicio de salud. Todos estos factores relacionados estarán íntimamente ligados en la reorganización final de los patrones faciales adecuados.

En el quehacer fonoaudiológico son muchas las patologías y afectaciones que pueden beneficiarse del vendaje neuromuscular: disfonía, disfagia, deglución atípica, hipotonía o hipertonía muscular, parálisis facial, reeducación respiratoria etc..

El vendaje neuromuscular es una alternativa de tratamiento que estimula el sistema músculo-esquelético y sus interrelaciones segmentales las 24 horas del día, consiguiendo que el proceso de reparación por parte del organismo se ponga en marcha inmediatamente tras la colocación de la venda.

Desde la periferia, por medio de la venda, se puede influir directamente sobre el interior del organismo, estimulando los distintos componentes de un segmento. Esto es el dermatoma (segmento de la piel), el miotoma (segmento muscular), el esclerotoma (segmento de la estructura articular, tejido conjuntivo, ligamento, cápsula y hueso) y finalmente el viscerotoma (segmento de los órganos).

El trabajo neuromuscular se ha practicado extensamente para la rehabilitación de sujetos con parálisis de Bell desde 1927. Se ha utilizado en terapias de masaje, ejercicios faciales, técnica de taping (dar pequeños golpecitos) en los músculos afectados para aumentar la circulación sanguínea, el tono muscular, evitar flacidez de la cara y promover la simetría facial.

La rehabilitación muscular busca, entre otras cosas, el aumento de las señales, como activación diferencial de los

músculos implicados en el patrón excitación-inhibición. La reeducación neuromuscular, terapia mímica y kinesioterapia, se utiliza para recuperar el movimiento facial simétrico y para reducir o eliminar los problemas asociados a la parálisis en cuanto al déficit de movimiento. Consiste en sesiones dirigidas de ejercicios para entrenar movimientos correctos de la cara. Éstos se encuentran directamente relacionados con movimientos de expresiones emocionales faciales cotidianos como arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, fruncir la nariz, levantar el labio superior y apretar los labios, entre otros. Regularmente se emplea un espejo para realizar los ejercicios, con la intención que el usuario se observe y mejore su ejecución.

Protocolo de evaluación utilizado:

La escala House Brackman es la más utilizada para establecer un parámetro de la cuantificación del daño motor en los pacientes con parálisis facial. Se han realizado adaptaciones visuales de esta escala para facilitar su uso clínico.

Resultados

El primer sujeto que se describe en el trabajo es una mujer de 40 años con parálisis facial periférica derecha de una semana de evolución. Tras la valoración en la escala House-Brackmann, se la sitúa en el grado IV.

Se realizó el procedimiento de aplicación de vendaje neuromuscular facial en la hemicara afectada. La técnica de aplicación colocó al músculo en posición de corrección con una tensión mínima de 10% con el propósito de aumentar el tono muscular. La mujer concurrió a sesión fonoaudiológica de rehabilitación con una frecuencia de una vez por semana, el trabajo en cada sesión involucraba el recambio del vendaje neuromuscular, la realización de praxis orofaciales pertinentes y la planificación de ejercitación para que se llevara a su hogar con precisas indicaciones.

En el primer encuentro con el sujeto, se procede a explicar, con soporte gráfico, el trabajo que se realizará y la musculatura que usualmente se afecta en la parálisis facial. Cabe destacar el gran avance que notamos al comenzar las terapias de rehabilitación de este modo, haciendo partícipe al sujeto implicándolo activamente en la terapia, en contraposición al hecho de realizar una serie de ejercitaciones automáticas sin mediar explicación alguna.

Al término de las doce sesiones, se observa un destacado y progresivo aumento del tono muscular en la hemicara afectada. Se realizó nueva evaluación, obteniendo una puntuación II en la escala House-Brackmann. El segundo caso descrito es un sujeto de sexo masculino de 45 años, con parálisis facial periférica izquierda. Se presenta a rehabilitación tras 2 meses de evolución de la patología.

Se encontró hipertonía muscular en hemicara derecha, hipotonía en hemicara izquierda, con una valoración grado IV, escala House-Brackmann.

Se procede a la aplicación de la cinta neuromuscular en lado derecho. El propósito es disminuir el tono muscular. Al igual que en el caso anterior, los encuentros fueron semanales.

La técnica de aplicación fue de inserción a origen muscular sin tensión alguna, colocando al músculo en estiramiento a manera de posición de relajación.

La hemicara afectada por la paresia facial se trabajó con realización de praxis orofaciales pertinentes. Tras cuatro semanas de aplicación, se observa relajación notable en la hemicara derecha y mejoría en los movimientos musculares de la hemicara afectada por la parálisis, alcanzando grado II en la escala House-Brackmann hacia las doce semanas tras la nueva valoración.

Discusión

La PFP es una patología que demanda atención con mucha frecuencia en los centros y hospitales que ofrecen el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

El estudio de casos realizado permite observar que, tras las primeras semanas de aplicación de la cinta neuromuscular sumado a la ejercitación praxica del sector facial, sobreviene una notable recuperación: aumento de tono muscular en el caso de la mujer a la cual se aplicó el vendaje en el lado hipotónico.

Respecto del segundo sujeto estudiado, quien presentaba hemicara izquierda hipotónica y hemicara derecha con hipertonía, tras la implementación de la cinta en el sector facial hipertónico a modo de relajación, se observó, desde la primera semana de aplicación, relajación de los músculos y, tras 12 sesiones de terapia, alcanza un tono muscular normal.

Conclusión

Tras el empleo de la venda para la rehabilitación neuromuscular en concomitancia con el plan de ejercicios praxicos, se observaron notables mejorías en los sujetos desde la primera semana de aplicación.

El uso de la cinta permite una constante estimulación que acorta el tiempo de recuperación del sujeto con PFP sumado a las terapias de rehabilitación convencionales.

Agradecimientos:

A la Dra. María del Carmen Alarcón por su continuo apoyo, dedicación y amor en la labor del hospital público.

Bibliografía:

- 1.Ahmed A. When is facial paralysis Bell palsy? Current diagnosis and treatment. *Cleve Clin J Med* 2005;72(5):398-405.
- 2.Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *EurArch Otorhinolaryngol* 2008; 265:743-52.
- 3.Tiemstra J, Khatkhate N. Bell's Palsy: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2007; 76(7):997-1002.
- 4.Kawaguchi K, Inamura H, Abe Y, Kosu H, Takashita E, Muraki Y, et al. Reactivation of herpes simplex virus type 1 and varicellazoster virus and therapeutic effects of combination therapy with prednisolone and valacyclovir in patients with Bell's palsy. *Laryngoscope* 2007; 117:147-56.
- 5.McCormick D. Herpes simplex virus as a cause of Bell's palsy. *Rev Med Virol* 2000; 10:285-9.
- 6.Rowlands S, Hooper R, Hughes R, Burney P. The epidemiology and treatment of Bell's palsy in the UK. *Eur J Neurol* 2002; 9:63-7.
- 7.Roob G, Fazekas F, Hartung HP. Peripheral facial palsy: etiology, diagnosis and treatment. *Eur Neurol* 1999; 41:3-9.
- 8.Simón MA, Amenedo E. Manual de psicofisiología clínica. Madrid: Ediciones Pirámide, 2001; 425-45.
- 9.Purves D, Augustine G, Fitzpatrick D, Hall C. Neurociencia. Panamericana: México, 2008.
- 10.Rahman I, Sadiq S. Ophthalmic management of facial nerve palsy: A review. *Surv Ophthalmol* 2007;52(2):121-44.
- 11.Coulson S, O'Dwyer N, Adams R, Croxson G. Bilateral conjugacy of movement initiation is retained at the eye but not at the mouth following long-term unilateral facial nerve palsy *Exp Brain Res* 2006; 173: 153-8.
- 12.Tiemstra J, Khatkhate N. Bell's Palsy: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2007; 76(7):997-1002.
- 13.Noya M, Pardo J. Diagnóstico y tratamiento de parálisis facial. *Neurología* 1997; 12(1):22-30.
- 14.Soudry E, Zion B, Sulkes J, Nageris B. Characteristics and prognosis of malignant external otitis with facial paralysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133(10):1002-4.
- 15.Kanoh N, Nomura J, Satomi F. Nocturnal onset and development of bell's palsy. *Laryngoscope* 2005; 115:98-9.
- 16.Guzmán RY, Bastos SL, Barros F, Gurgel JR, Fukuda Y. Relation of hyperacusis and peripheral facial paralysis-Bell's palsy. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(6):776-9.
- 17.Pérez E, Gámez C, Guzmán JM, Escobar D, López VM, Montes de Oca RD, Mora MG, Ramírez J. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Rev Med IMMS* 1994; 42 (5):425-36.
- 18.Frola A, Gallegos X, Rodríguez D, Bustamante A. Rehabilitación de un caso de sinkinesis con retroalimentación electromiográfica. *Rev Mex Psicol* 1999; 7:71-3.
- 19.Padua G, Guarderas J, Rodríguez D, Zaldivar I, Espinoza E. Procedimiento para la rehabilitación de sinkinesis mediante la técnica de retroalimentación biológica electromiográfica. *Rev Mex Psicol* 1994; 11(1):19-23.
- 20.Holland N, Weiner G. Recent developments in Bell's palsy. *BMJ* 2004; 329(4): 553-7.
- 21.https://www.academia.edu/8757606/REVISTA_PACE%C3%91A_E_MEDICINA_FAMILIAR_ACTUALIZACIONES_PARALISIS_FACIAL_PERIFERICA_O_DE_BELL).
- 22.Tratamiento de la Parálisis Facial en medicina, fisioterapia y acupuntura, Autor: EFISIOTERAPIA. Sept 2012; Se encuentra en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-de-la-paralisis-facial-en-medicina-fisioterapia-y-acupuntura>.
- 23.Aplicación del vendaje neuromuscular en logopedia, HOSPITALES NISA, Servicio de Neurorehabilitación. Dic 2014; Se encuentra en: <http://www.neurorhb.com/blogdano-cerebral/aplicacion-del-vendaje-neuromuscular-en-logopedia/>.
- 24.Lazarini P, Mitre E, Takatu E, Tidei R. Graphic-visual adaptation of House-Brackmann facial nerve grading for peripheral facial palsy *Clin. Otolaryngol* 2006; 31: 192-7.
- 25.La Touche R, Escalante A, Linares M, Mesa J. Efectividad del tratamiento de fisioterapia en la parálisis facial periférica. Revisión sistemática. *Rev Neurol* 2008; 46 (12):714-8.

Neurolingüística y Fonoaudiología: alcances y fronteras

Por las Lics. Lorena Lugones y María Silvia Cesanelli,
miembros de la Comisión de Lenguaje de la Regional
La Plata.

Como bien sabemos, la complejidad del lenguaje hace que sea abordado y estudiado desde múltiples disciplinas: Neurología, Psicología, Lingüística, Fonoaudiología, por lo cual es necesario establecer fronteras para alcanzar conocimientos más profundos sobre el objeto de investigación.

De la confluencia de la Neurología y la Lingüística surge la neurolingüística, que se define como:

“La disciplina que se encarga de relacionar un tipo concreto de conducta humana (la verbal) con el cerebro, vinculando procesos cognitivos lingüísticos con estructuras anatómicas y procesos fisiológicos cerebrales”⁽¹⁾.

Una disciplina muy afín a nuestro quehacer es la Lingüística, que, en el ámbito clínico, proporciona a los fonoaudiólogos los fundamentos lingüísticos necesarios para el desarrollo de su trabajo y para organizar y establecer una taxonomía de los trastornos del lenguaje.

Como explican Elena Garayzábal Heinze y M^a Pilar Otero Cabarcos ⁽²⁾, *“El objetivo de un lingüista nunca es la rehabilitación de un paciente. La terapia forma parte del trabajo del logopeda. Desde la Lingüística, se trata de analizar, describir para poder, eso sí, ayudar a solventar el problema. Digamos que el lingüista podría proporcionar herramientas con las que trabaje el logopeda. He ahí la trascendencia de la función orientadora del lingüista y de la utilización de una metodología empírica, la única posible, si lo que pretendemos es la aportación de datos para poder prestar ayuda y asistencia en la rehabilitación de un paciente”.*

La I.A.L.P. (International Association of Logopedics and Phoniatrics) enuncia que *“un Fonoaudiólogo es un profesional independiente responsable de la prevención, evaluación, intervención, manejo y estudio científico de los trastornos de la comunicación humana. La comunicación, en este contexto, comprende a todos aquellos*

procesos y funciones asociados con la producción del habla y del lenguaje oral y escrito, así como las formas de comunicación no vocal”.

Una gran cantidad de fonoaudiólogos que desarrollamos nuestra práctica en el área del lenguaje vemos con preocupación el avance de problemáticas que entorpecen el libre ejercicio profesional y el respeto a nuestras incumbencias fonoaudiológicas.

Se identifican dos problemáticas puntuales: por un lado, algunas obras sociales solicitan a los fonoaudiólogos, como requisito para ser prestadores, una *“especialización en neurolingüística”* para poder rehabilitar los trastornos del lenguaje en el niño y en el adulto, y por otro lado, muchos profesionales de disciplinas afines evalúan y rehabilitan los trastornos del lenguaje.

En fonoaudiología, no existe, en el país, la especialización en neurolingüística. Si bien el profesional puede capacitarse realizando cursos, congresos, postgrados y demás, eso no determina que sea *“especialista”*.

Los niveles de experiencia, la habilidad y eficiencia fonoaudiológica variarán, por supuesto, entre un profesional y otro, pero eso no da lugar a que entes ajenos a nuestra profesión determinen quiénes son *“expertos”* o *“idóneos”* en un determinado ámbito del saber. Las obras sociales no son, ni deben ser, entes de certificación académica de los profesionales.

El COFOBA es el ente que puede certificar el área de práctica en la cual desarrolla su trabajo el fonoaudiólogo (audiología, lenguaje, voz, fonoestomatología) y ese sería al que debiera consultar la obra social.

Por otro lado, en los programas de estudio de todas las Carreras de Fonoaudiología, se incluye la Neurolingüística. Por lo tanto, todo fonoaudiólogo que obtiene su título de grado en fonoaudiología tiene cono-

cimientos de neurolingüística que forman parte de sus incumbencias profesionales.

No hay duda de que el fonoaudiólogo es el profesional habilitado por todos los arbitrios legales para evaluar y rehabilitar las patologías del lenguaje. Somos un colectivo que desarrollamos nuestra profesión avalados por la ley de ejercicio profesional 10.757, cumpliendo con todos los requisitos legales, (matrícula habilitante, seguro de mala praxis, inscripción al Registro Nacional de prestadores, etc.) para trabajar con personas que padecen patologías del lenguaje.

Para finalizar, podemos asegurar que estamos ante un perjuicio directo y un acto discriminatorio al ver amenazada nuestra posibilidad de trabajo, ya sea por los consabidos requisitos para prestadores que sólo enmascaran recortes en salud o por el intrusismo profesional a nuestras incumbencias fonoaudiológicas.

El esfuerzo por delimitar las fronteras y espacios de nuestra práctica y defender el carácter autónomo de nuestra profesión ya es un lugar común en la historia de la fonoaudiología en Argentina. Sin dudas, hoy estamos mejor que ayer pero hay que seguir alzando nuestra voz y defendiendo nuestra amada profesión.



Lic. Lorena Lugones



Lic. María Silvia Cesanelli



REGIONAL LA PLATA
del Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires



INICIO

QUIÉNES SOMOS

COMISIONES DE TRABAJO

LICENCIATURA

NOTICIAS

COMUNICACIÓN

CONTACTO



COLEGIO DE FONOAUDIÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
LEY 13.757-CONSEJO SUPERIOR



INICIO PROFESIONAL

El miércoles 27 de septiembre se llevó a cabo el Acto de Matriculación, donde nuevas profesionales juraron su matrícula y obtuvieron su credencial que las habilita para el ejercicio profesional de la Fonoaudiología en todo el territorio Bonaerense.



REGIONAL LA PLATA
Colegio de Fonoaudiólogos
de la Provincia de Buenos Aires

COMISIÓN

26/07/2017
Científica

SEMINARIO
COGNITIVA

Regional La Plata
Colegio de
Fonoaudiólogos
Prov Bs As.

@COFOBARegionalLaPlat

Inicio

Publicaciones

Opiniones

Información

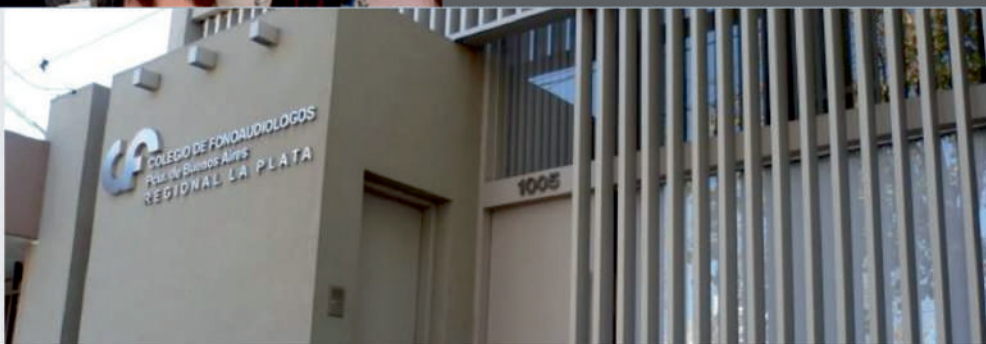
Fotos

Comunidad

Eventos

Notas

Crear una página



Me gusta

Compartir

...

Enviar mensaje

Publicaciones



Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos
Prov Bs As.

14 horas ·

#BúsquedaLaboral

*Se solicitan Fonoaudiólogos.

Compartimos con ustedes el folleto con los datos de contacto para que se comuniquen.



FACILITAR
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL
REHABILITACION NACIONAL Y PROVINCIAL
TRABAJAMOS CON TODAS LAS OBRAS SOCIALES

KINESIOLOGIA FONOAUDIOLOGIA
PSICOLOGIA TERAPIA OCUPACIONAL
PSICOPEDAGOGIA GIMNASIO TERAPEUTICO

Organización en La Plata

4,9 ★★★★★ · Cerrado ahora

Comunidad

Ver todo

A 2059 personas les gusta esto

2047 personas siguen esto

89 personas lo han visitado

Información

Ver todo



38 N° 1005 entre 15 y 16
1900 La Plata

0221 427-2234

Ingresa a nuestro sitio web y a nuestra Fan Page en Facebook
www.cflp.org.ar



Regional La Plata Colegio de Fonoaudiólogos Pcia Bs As.

y enterate de toda la gestión de la Regional



Regional La Plata

Colegio de Fonoaudiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 38 N° 1005 entre 15 y 16

La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

(0221) 427 2234 - (0221) 489-4823

info@cflp.org.ar

Horario de Atención: de lunes a viernes de **10 a 15 hs.**

Si querés ser parte de la próxima edición de la Revista Científica envíanos tu trabajo a revistacientifica@cflp.org.ar