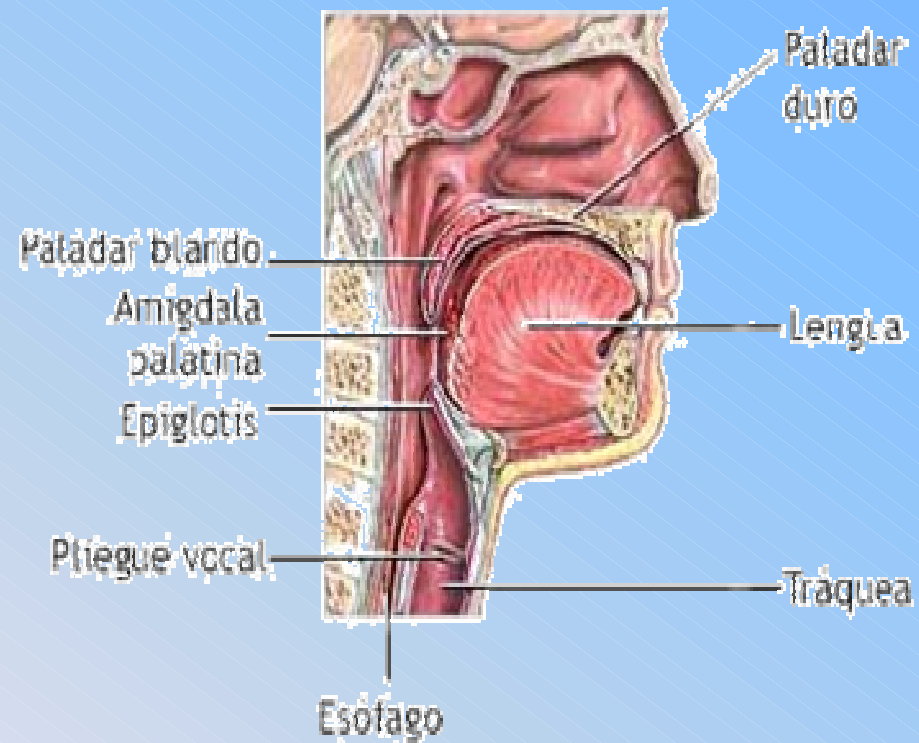


# *REPERCUSIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN LA COMUNICACIÓN*



*Autora: Dra. Yanet Díaz Pérez*

# INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

III nivel: /ch/, /ll/, /ñ/.

Con la deglución los fonemas del IV nivel.

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

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

ü Oral

ü Faríngeo

ü Esofágico

### **Etapa oral**

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

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

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

### **Etapa faríngea**

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

## Etapa esofágica

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

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

Ø Bucal preparatoria:

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

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

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

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

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

### Ø Bucal de transporte:

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

### Ø Fase Faríngea:

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

# OBJETIVOS

## GENERAL

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

## ESPECÍFICOS

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

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

## MATERIAL Y MÉTODO

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

# TABLAS Y GRÁFICOS

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

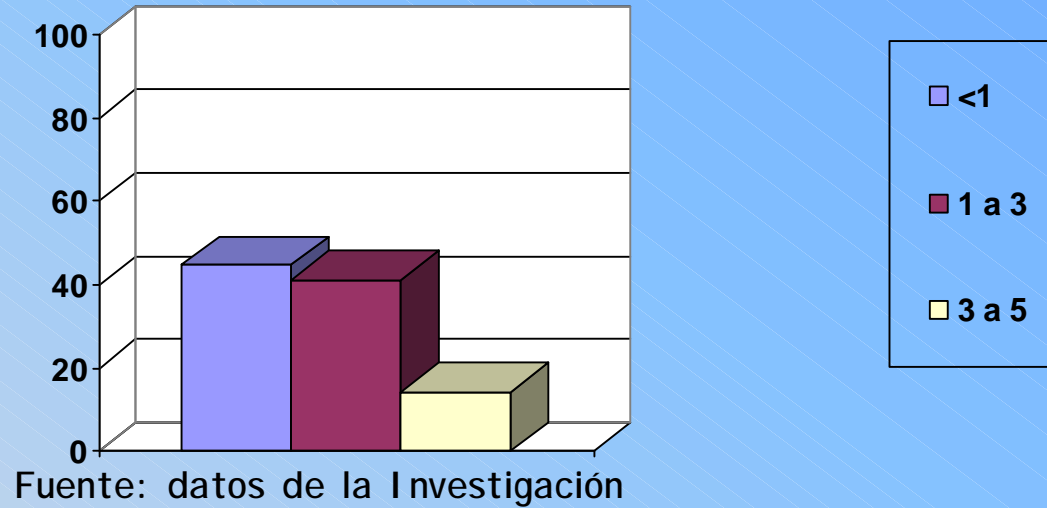


Gráfico No.2: Distribución de los pacientes según el sexo

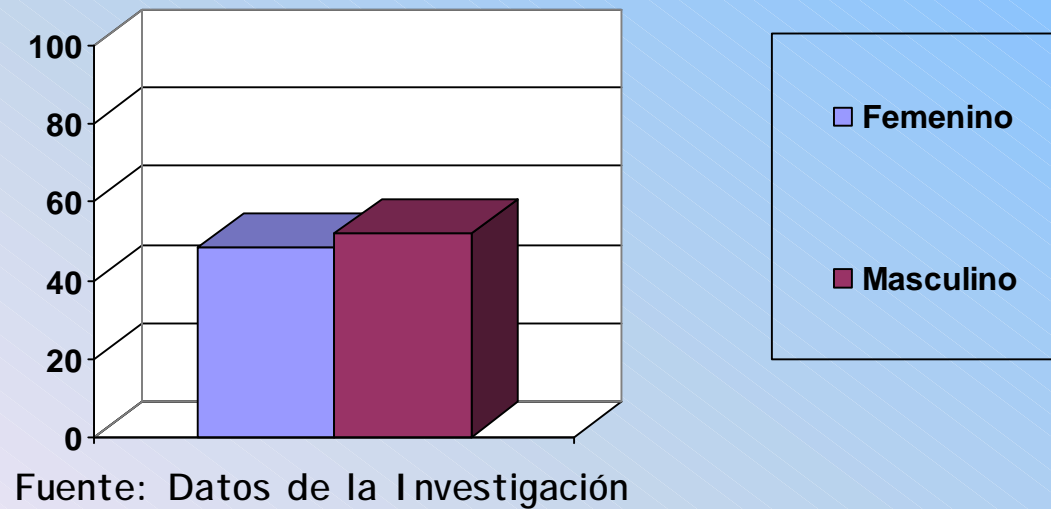




Tabla No.1: Diagnósticos pediátricos

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

Fuente: Datos de la Investigación

ES = 5.43p < 0.05

Tabla No.2: Referencia cruzada de los diagnósticos pediátricos

|   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----|---|---|---|---|
| 1 |    |   |   |   |   |
| 2 | 1  |   |   |   |   |
| 3 | 1  | 0 |   |   |   |
| 4 | 15 | 0 | 0 |   |   |
| 5 | 0  | 1 | 0 | 4 |   |

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

Fuente: Datos de la Investigación

Gráfico No. 3: Valoración Nutricional

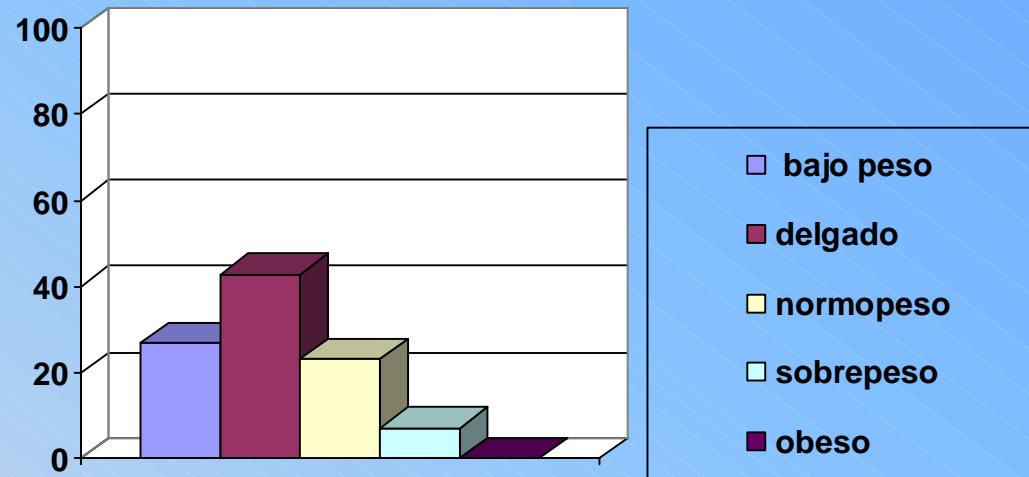


Tabla No.3: Diagnósticos de los trastornos de la alimentación

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

ES = 8.47 p<0.05

Fuente: Datos de la Investigación

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

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

Fuente: Datos de la Investigación

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

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

ES=4.61 p<0.05

Fuente: Datos de la Investigación

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

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

Fuente: Datos de la investigación

Tabla No.7: Diagnósticos logofoniatricos

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

Fuente: Datos de la investigación

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

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

Fuente: Datos de la investigación

## CONCLUSIONES

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

## RECOMENDACIONES

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