



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. marzo-abril 2012; 16(2):75-93

LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

Alteraciones de la Comunicación Oral más frecuentes en niños con antecedentes de riesgo perinatales

Most frequent alterations of the oral communication in children presenting perinatal risk factors

Leydelys Castillo Valdés¹, Alexis Marcelino Ramos Trujillo², Dayamí Lazo Páez³, Regla Marisol Martínez Rojas⁴, Ailenys Rivas Brito⁵

¹Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Logopedia y Foniatría. Instructora. Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. Correo electrónico: leydelys@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Logopedia y Foniatría. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río. Correo electrónico: alexram65@has.sld.cu

³Licenciada en Defectología. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: dayami98@princesa.pri.sld.cu

⁴Licenciada en Defectología. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: sury27@princesa.pri.sld.cu

⁵Licenciada en Defectología especialidad Logopedia. Hospital Provincial Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: marco2003@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

Se desarrolló esta investigación en la consulta de neurodesarrollo del Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro" del municipio Plaza, en el período 2008 - 2009. Se estudió una muestra de 93 niños que presentaron factores de riesgo perinatales al nacer, y que cumplieron con los criterios de inclusión. El objetivo del trabajo consistió en determinar las alteraciones de la comunicación oral más frecuentes. Se realizó un estudio descriptivo transversal y tomaron los datos

utilizando la historia clínica logofonológica. Como principales resultados se obtuvieron que del total de la muestra 51 niños presentaron afecciones logofonológicas, siendo las más frecuentes el retraso del desarrollo del lenguaje y las dislalias, asociándose con mayor frecuencia a dichas afecciones los factores de riesgo como la prematuridad, la ventilación mecánica artificial, el bajo peso al nacer, y las convulsiones. Del total de la muestra, 49 niños estuvieron más expuestos a los factores de riesgos al nacer, de ellos 34 presentaron afecciones logofonológicas. Además, el riesgo relativo indicó que los casos más expuestos a los factores de riesgo tienen 3,60 veces más probabilidades que los menos expuestos de padecer afecciones logofonológicas. El estudio permitió concluir que la presencia de factores de riesgo biológicos es el único dato positivo en los niños con retraso primario del lenguaje, lo que pudiera relacionarse con su etiología, así como la edad de valoración logofonológica fue tardía en la mayoría de los casos.

DeCS: LENGUAJE INFANTIL, FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

This research paper was carried out in the office of Neurological Development belonging to "Ramon Gonzalez Coro" Gynecological-Obstetric Hospital in Plaza, Havana City through 2008-2009. A sample of 93 children that presented perinatal risk factors at birth having criteria of inclusion was included to determine the most common alterations of oral communication. A descriptive and cross-sectional study was conducted taking the data from the clinical history of speech therapy. The main results showed that 51 children from the total of the sample presented speech difficulties, the most frequent were: delayed speech development and dyslalia, which difficulties were most frequent associated with the risk factors of prematurity, mechanical ventilation, low-weight at birth and seizures. From the total of the sample, 49 children presented more risk factors at birth, out of them 34 suffered from speech disorders. Conclusion: the presence of biological risk factors was the only positive piece of information in children presenting primary-delayed speech; which can be related to its etiology, the speech therapist assessed the speech disorders in this group of children at late ages in the majority of the cases.

DeCS: CHILD LANGUAGE, RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

La reducción de la mortalidad en los niños que presentan complicaciones severas durante el período perinatal, determina que muchos niños que se salvan, queden con secuelas como epilepsia, retraso mental, déficit sensorial y alteraciones en el lenguaje.^{1, 2}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre un 3 y 5 % de todos los embarazos, se consideran de alto riesgo y aproximadamente el 12 % son de riesgo moderado. Estas cifras se correlacionan con los recién nacidos frutos de dichos embarazos, entre un 10-12% de los recién nacidos precisan ingreso en unidad neonatal y entre un 3 a 5 % son de riesgo neurológico.¹

Los avances en la medicina perinatal y las mejoras en la atención al embarazo, parto y recién nacido de riesgo, en los últimos 20 años, han originado una disminución de la mortalidad neonatal en un 15 a 30 %. Sin embargo los criterios de mortalidad y morbilidad no son necesariamente cifras paralelas, en especial cuando se consideran las repercusiones a mediano y largo plazo.

Con la persistente caída de la mortalidad, especialmente notoria en los recién nacidos muy pretérminos, sobreviven mucho más neonatos inmaduros (el 80% de los recién nacidos con peso menor de 1000 gramos y el 96 % de los nacidos con peso menor a 1500 gramos) con mayor riesgo a presentar secuelas psico -neuro-sensoriales, que oscilan entre un 25 y un 40 %.^{1, 2, 3}

El recién nacido de alto riesgo neurológico va a precisar un seguimiento neuroevolutivo desde el nacimiento, con el fin de detectar precozmente alteraciones en su desarrollo e iniciar una atención precoz con la prevención secundaria de deficiencias y lograr que el niño desarrolle un máximo nivel de bienestar bio -psico-social y de capacidad de funcionamiento.^{1, 4}

En nuestro país está diseñado un programa de seguimiento mediante consultas de neurodesarrollo para estos niños, donde se evalúan las áreas motora, cognitiva, hábitos de autonomía, y sociocomunicativa, además del seguimiento en las consultas de puericultura por especialistas de Medicina General Integral y Pediatría.

Se establece que se incluyan en un programa de intervención temprana que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño y

han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinaria dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y al entorno.

En la práctica clínica de la especialidad de Logopedia y Foniatría que se desarrolla en la edad pediátrica se encuentran con frecuencia casos de niños donde el trabajo armónico entre los tres niveles de la comunicación oral (lenguaje, habla y voz) no se produce, o se produce con determinadas irregularidades. Los factores que originan estas dificultades son variados y están asociados a enfermedades, secuelas perinatales e incluso mal manejo de estos en las edades tempranas.

En evaluaciones se observan niños con los factores de riesgo biológicos que en las consultas de seguimiento de puericultura, realizadas por los especialistas de medicina general integral, pediatría, o incluso, en consultas de seguimiento del neurodesarrollo de niños nacidos con riesgo biológico se encuentra la no observancia de la evolución del desarrollo del lenguaje, no ocurre así con el resto de las áreas donde se evalúan de forma exhaustiva otros hitos del desarrollo, todo lo cual ha provocado que se detecten tardíamente las alteraciones del lenguaje con peor pronóstico.

Si se realizara el seguimiento evolutivo del lenguaje, donde las habilidades lingüísticas van siendo cada vez más complejas se puede llegar a un diagnóstico precoz de las alteraciones y tomar una conducta consecuente al trastorno. El diagnóstico tardío impide la implementación de la atención temprana que da respuesta a las necesidades especiales del niño y que lo prepara para un mejor rendimiento.⁴⁻⁷

Por todo lo anteriormente expuesto, se realizó este estudio con el objetivo general: determinar las alteraciones de la comunicación oral más frecuentes en los niños con antecedentes de riesgo perinatales.

Objetivos específicos:

1. Describir las alteraciones de la Comunicación Oral en niños con antecedentes de afecciones perinatales.
2. Identificar los factores de riesgo perinatales que mayor incidencia tienen en los trastornos de la Comunicación Oral.
3. Describir la frecuencia de las alteraciones de la Comunicación Oral según los diferentes factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal con el objetivo de determinar las alteraciones de la comunicación oral más frecuentes en los niños con antecedentes de riesgo perinatal, durante el período comprendido entre agosto del año 2008 a agosto del año 2009 en la consulta de Neurodesarrollo del Hospital Obstétrico "Ramón González Coro", en Ciudad de la Habana. El universo y la muestra estuvieron constituidos por los 93 niños. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

1. Menores 6 años de edad que acudieron a la consulta de Neurodesarrollo procedentes del Hospital "Ramón González Coro".
2. Con antecedentes patológicos de riesgo perinatal.
3. Hijos de padres que desearon cooperar con la investigación.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo perinatal, escolaridad materna o tutor, asistencia a institución escolar, diagnóstico logofoniatrico.

En el procesamiento estadístico de los datos se utilizó como principal software el Statgraphics Plus versión 5.1 para Windows. El análisis incluyó procedimientos descriptivos, opciones gráficas y por ciento. Se realizaron además el análisis de independencia a partir de las tablas de contingencia y se tomó como criterio la prueba ji-cuadrado. Se utilizaron medidas de resumen para datos cualitativos (porcentajes) y medidas de resumen para datos cuantitativos.

Ética

La investigación se realizó según los siguientes principios éticos: Respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Se confeccionó un documento que fue firmado con el consentimiento de los padres de estar de acuerdo en participar en la investigación, en la misma fueron informados de los objetivos de la investigación, las características y el significado de los resultados.

RESULTADOS

Al aplicar la metodología planteada se obtuvo la muestra correspondiente para el estudio. Esta abarcó 4 grupos de edades desde el nacimiento hasta niños menores de 72 meses. Del total de 93 pacientes 58 son varones que representan el 62,4 % de la muestra y 35 hembras que corresponden al 37,6 %.

Al analizar la muestra según los grupos de edades se aprecia que la mayor población se presenta en los menores de 12 meses que constituyen el 36,6 % (34 pacientes) seguidos por los que se encuentran entre 12 y 30 meses que representan el 33,3 % (31 pacientes) y por los de 31 a 60 meses que conforman el 22,6 % (21 pacientes) mientras que para los niños entre 61 y 72 meses solo se estudiaron 7 casos para un 7,5 %, tabla 1.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de la muestra por edad y sexo.
Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". 2008-2009.

GRUPO DE EDADES	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menores de 12 meses	18	51,4	16	27,6	34	36,6
De 12 a 30 meses	7	20,0	24	41,4	31	33,3
De 31 a 60 meses	8	22,9	13	22,4	21	22,6
De 61 a 72 meses	2	5,7	5	8,6	7	7,5
Total	35	37,6	58	62,4	93	100

Al analizar los factores de riesgo biológicos se encontraron los siguientes: Prematuridad, parto instrumentado, apgar bajo sostenido, peso menor de 2500 gramos, ventilado, sepsis, convulsiones, otros.

Como se muestra en el gráfico 1 predominó la prematuridad en 60 casos que representa el 64,5 % y el factor de menor presentación fueron las convulsiones en 18 casos que representan el 19,4 %.

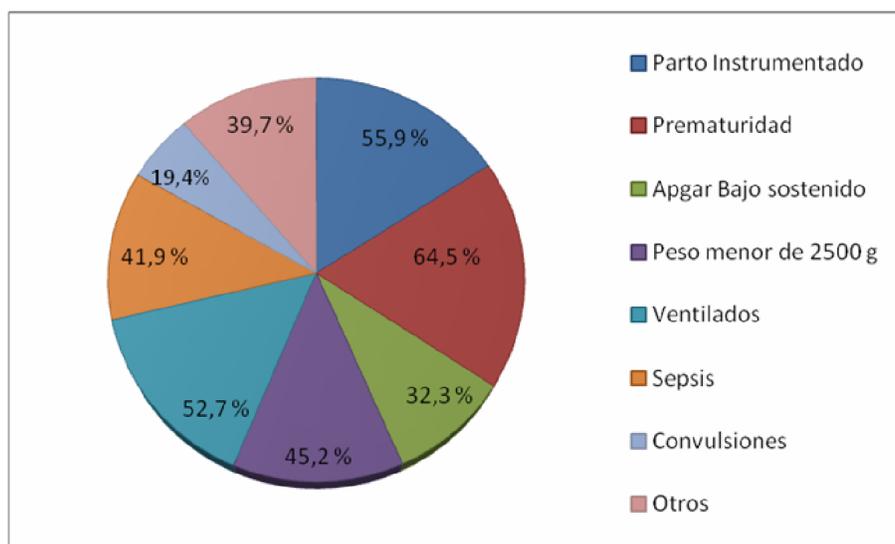


Gráfico 1. Distribución porcentual de los factores de riesgo biológicos en la muestra. Hospital Gineco-Obstétrico Ramón González Coro. (2008 -2009)

En la tabla 2 se puede observar la distribución de los casos según la presencia de síndromes logofoniatricos. Del total, 51 pacientes manifiestan algún tipo de afección logofoniatrica que constituyen el 54,9 % mientras que 42 individuos que representan el 45,1 % no mostraron en el momento del estudio afección alguna.

Predominaron los casos con síndrome disintegrativo en 35 niños que representaron el 37,6 % y síndrome disarticulatorio, 14 que representaron el 15,1 % del total de la muestra. Fueron encontrados 2 casos en los que se observaron combinaciones de síndromes como es el caso de el disarticulatorio + disfluencia y el disarticulatorio + disfonía los cuales no son significativos en la población estudiada.

Tabla 2. Clasificación de los casos de la muestra según la presencia de síndromes logofoniatricos. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". 2008-2009.

Síndromes	Cantidad de Casos	%
Disintegrativo	35	37,6
Disarticulatorio	14	15,1
Disarticulatorio + Disfonía	1	1,1
Disarticulatorio + Disfluencia	1	1,1
No afección Logofoniatrica	42	45,1
Total	93	100

Fuente: Datos de la investigación.

En cuanto al diagnóstico presuntivo se clasificaron los casos estudiados como se refleja en la tabla 3 donde hubo mayor incidencia en 35 casos que representan el 68,6 % de la muestra con afecciones cuyo diagnóstico fue "Retraso del desarrollo del lenguaje" coincidiendo con los 35 casos cuyo síndrome es el disintegrativo.

Fueron diagnosticados 13 casos con dislalias funcionales, que representan el 25,5 % correspondiendo al síndrome disarticulatorio así como 1 caso con diagnóstico de disartria del síndrome anterior y que constituye el 1,9 %.

Tabla 3. Distribución de los casos según el diagnóstico presuntivo logofoniatrico. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". 2008-2009.

Diagnóstico Presuntivo Logofoniatrico	No. de Casos	%
Retraso del desarrollo del lenguaje	35	68,6
Dislalias Funcionales	13	25,5
Disartria	1	1,9
Dislalia + Disfonía	1	1,9
Dislalia + Tartamudez	1	1,9
Total	51	100

En el gráfico 2 se muestra que de los 35 pacientes con retraso del lenguaje, 10 casos que representan el 28,6 % se clasificaron como retraso primario del desarrollo del lenguaje mientras que 25 casos que representan el 71,4 % se clasificaron como retraso secundario del desarrollo del lenguaje.

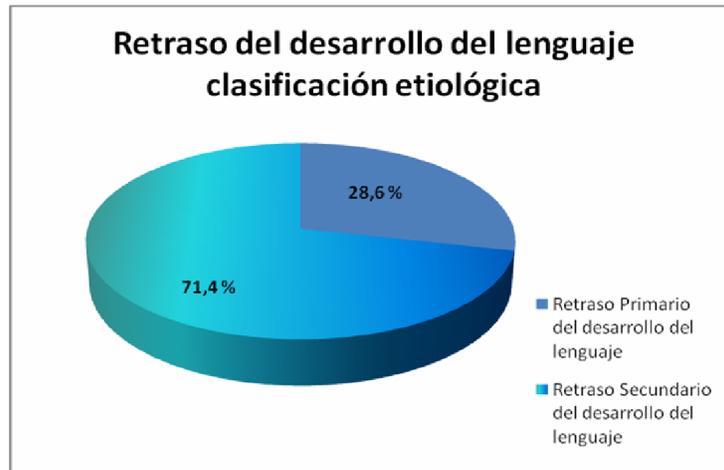


Gráfico 2. Distribución porcentual de la clasificación etiológica del retraso del desarrollo del lenguaje. Hospital Gineco-Obstétrico Ramón González Coro. 2008 - 2009.

En cuanto a la clasificación etiológica del retraso secundario del desarrollo del lenguaje como se muestra en la tabla 4, predominó la lesión estática del sistema nervioso central (LESNC) con 11 casos para un 31,4 %; seguido del Retraso Mental con 9 casos que representan un 25,7 %, la Pobre estimulación con 3 casos para un 8,6 %, y la Hipoacusia con 2 casos para un 5,7 %.

Tabla 4. Clasificación etiológica del retraso secundario del desarrollo del lenguaje por número de casos con la afección. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". 2008-2009.

Clasificación Etiológica Retraso Secundario del Desarrollo del Lenguaje	No. Casos	%
Retraso Mental	9	25,7
LESNC	11	31,4
Hipoacusia	2	5,7
Pobre estimulación	3	8,6
Total	25	100

En la tabla 5 se puede observar el comportamiento de las afecciones logofonítricas y su relación con los factores de riesgo para los 51 casos de la muestra total (93) que presentaron alguna patología. De éstos, se puede dar el que un paciente pueda

tener más de un factor de riesgo por lo que la tabla se debe analizar siguiendo las afecciones logofoniátricas que provocaron los factores de riesgo.

En ningún caso se presentó un solo factor de riesgo por lo que las afecciones logofoniátricas fueron condicionadas por combinaciones de estos. Las afecciones son únicas en cada caso excepto en 2 niños los cuales presentaron la combinación de dos de éstas, que representan el 3,8 % de los casos, los mismos presentaron 4 factores de riesgo más frecuentes.

Tabla 5. Distribución de factores de riesgo biológico por afección logofoniátrica. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón Gonzáles Coro". 2007-2008.

	Afecciones Logofoniátricas									
	Retraso del lenguaje									
	Primario		Secundario		Dislalia Funcional		Disartria		2 Afecciones Logofoniátricas	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Ventilados	7	70	13	52	9	69,2	1	100	1	50
Prematuridad	8	80	11	44	7	53,8	0	0	1	50
Peso menor a 2500g	5	50	10	40	5	38,5	0	0	1	50
Otros	4	40	13	52	4	30,8	0	0	0	0
Apgar Bajo sostenido	4	40	9	36	3	23	0	0	2	100
Sepsis	4	40	10	40	0	0	1	100	0	0
Convulsiones	2	20	5	20	7	53,8	1	100	0	0

El 72,3 % de los niños con retraso primario del lenguaje tienen 3 factores de riesgo asociados (la prematuridad, la ventilación mecánica artificial y el bajo peso al nacer). Mientras que al retraso secundario del lenguaje se asociaron (la ventilación mecánica artificial, el bajo peso al nacer y otros factores como la hiperbilirrubinemia).

En la tabla 6 se analiza el comportamiento de la edad de la primera valoración logofoniátrica especializada en los niños que presentan afecciones logofoniátricas y se encuentra que la mayor cifra se hallan en las edades comprendidas entre 31 y

60 meses con 22 casos para un 43,2 % seguida de los que se encuentran entre 12 y 30 meses con 20 casos para un 39,2 %. Hay 6 niños para un 11,8 % en los que se detecta afección logofoniatrica del prelenguaje antes del año pero es to ocurre a través de la pesquisa activa motivo de la presente investigación. Solo del total de casos patológicos un 11,8 % habían recibido atención logofoniatrica lo que se considera un por ciento muy bajo.

Tabla 6. Número de casos distribuidos por las de edades de valoración logofoniatrica. Hospital Gineco-Obstétrico "Ramón González Coro". 2008-2009.

Edad en que se valoraron los niños con afecciones Logofoniatricas	No de Casos	%
Menores de 12 meses	6	11,8
De 12 a 30 meses	20	39,2
De 31 a 60 meses	22	43,2
De 61 a 72 meses	3	5,8
Total	51	100

Según el procesamiento estadístico odds ratio se obtuvo el riesgo relativo igual a 3,60. Ello indica que los casos más expuestos a factores de riesgo tienen 3,60 veces más probabilidades que los menos expuestos a padecer afecciones logofoniatricas.

El gráfico 3 muestra el comportamiento de la frecuencia de presentación de afecciones logofoniatricas según la exposición a factores de riesgo. Los más expuestos tienen una frecuencia de presentación del 36,6 % de afecciones logofoniatricas mientras que los menos expuestos tienen una frecuencia de 18,3 %. Con respecto a la no presencia de afecciones logofoniatricas los pacientes más expuestos, presentan una frecuencia de 16,1 % mientras que los menos expuestos presentan una frecuencia de 29,0 %.

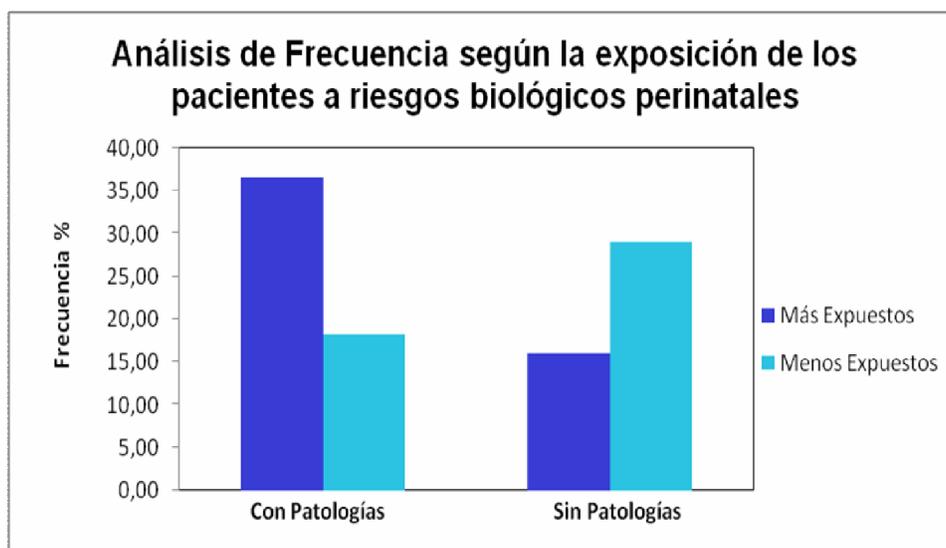


Gráfico 3. Análisis de la frecuencia de presentación o no de afecciones logofonítricas según la mayor o menor exposición de los pacientes a factores de riesgo perinatales.

DISCUSIÓN

Al revisar la bibliografía, predominan los estudios prospectivos de recién nacidos con riesgo biológico a los cuales se les estudia la evolución en cuanto al neurodesarrollo y se someten a un plan de estimulación temprana evaluándose posteriormente los logros alcanzados. Estos no permiten tener una referencia exacta del comportamiento porcentual de la presencia de afecciones logofonítricas al diferir con el método empleado en este trabajo.^{4, 6}

Otros autores que utilizaron el método descriptivo, correlacional con cierto grado de similitud al utilizado en este trabajo plantean valores porcentuales de 33,5; 32 y 77,6 % lo cual permite tener una referencia de cómo se comporta la presencia de afección logofonítrica en otros estudios.⁸

Los resultados coinciden con la tendencia nacional y mundial en cuanto a la asociación en 3 de los 4 factores de riesgo con mayor incidencia siendo estos la prematuridad, peso menor de 2500 g y la ventilación mecánica artificial.^{2, 3, 9, 10}

También existe coincidencia en que Apgar bajo sostenido, la sepsis y las convulsiones constituyen factores de riesgo con alta incidencia en neonatos atendidos en salas de cuidados intensivos de neonatología.^{2, 9, 10}

Otros autores se refieren a la incidencia del parto instrumentado de forma significativa como causa de una evolución neurosensorial anormal.^{1, 3} Según nuestra experiencia esta variable no constituye per se un factor de riesgo perinatal porque está condicionada por patologías maternas y fetales. No obstante, como se ha considerado instrumentado cualquier nacimiento no vagin al fisiológico hemos querido analizar esta variable. Pero destacando que en ocasiones lejos de ocasionar alteraciones perinatales, es una indicación que contrarresta dichas alteraciones; valga señalar en madre con hipertensión arterial en que dicha indicación evita en el niño una hipoxia anteparto. El resultado de no encontrarse patología en 42 niños estuvo influido en un mayor por ciento por la edad de los pacientes, entre el nacimiento y el primer año de edad.

En los niños cuya edad estuvo más cercana al nacimiento y fundamentalmente los prematuros a los que se les aplicó la evaluación según la edad corregida como está establecido, no muestran afecciones en la mayoría de los casos dado que los ítems de la prueba de pesquisaje del desarrollo del lenguaje para estas edades son fáciles de vencer, y además, están influenciados por la respuesta de los padres.

Esta limitación sería corregida si se aplicara el examen logofoniatrico durante las consultas sistemáticas a los niños con factores de riesgo perinatales, en períodos recomendados cada tres meses a partir de la experiencia de la práctica clínica. Esta recomendación se observó aplicada con baja frecuencia, lo que provoca la detección tardía de las afecciones logofoniatricas, en las que también inciden factores subjetivos como la relevancia que se le da a las otras áreas del neurodesarrollo (el área motora, área de hábitos de autonomía y el área cognitiva) respecto al área sociocomunicativa.^{11, 12}

Los autores consultados sobre este tema investigativo refieren la evolución de los pacientes a partir de métodos de intervención temprana pero no hacen referencia a la afección logofoniatrica específica que presentaron los pacientes por lo que no se pudo establecer la comparación del comportamiento con la muestra estudiada.⁴

De los 10 niños con retraso primario del lenguaje, solo 2 se atendían en consulta especializada y el resto no tenían seguimiento porque sólo tienen afectado el área del lenguaje, lo cual no motivó en las consultas de neurodesarrollo la remisión a la especialidad. Esto contrasta con las aspiraciones de los programas nacionales de salud que se refieren a la intervención temprana "Programa de atención materno infantil"; además de entrar en contradicción con las posiciones de otros autores, en el sentido de que cualquiera de las anomalías de las capacidades debe ser

compensada lo más pronto posible a fin de evitar limitaciones en su posterior evolución.^{5, 6, 8, 11- 13}

Hay autores que se refieren a que la presentación del retraso o el trastorno primario del lenguaje es heterogénea, que las dificultades pueden ser persistentes o transitorias y pueden presentarse como habla retardada o desordenada, dificultades en la expresión o recepción del lenguaje o una combinación de ambos. Hay poco consenso sobre la etiología del retraso o trastorno del lenguaje primario pero varios estudios sugieren correlaciones con factores de riesgo múltiples.

A partir de los conocimientos actuales, no está definido si el retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje representa niveles variables de un trastorno único o una variedad de diferentes trastornos con etiologías diversas y patrones similares de presentación.¹⁴ Puede plantearse que para la muestra estudiada (93 niños), a partir de los resultados de este trabajo que, las causas del retraso primario del desarrollo del lenguaje están relacionadas a los factores biológicos dado que los niños antes mencionados solo tuvieron afectación de un área específica del neurodesarrollo, la sociocomunicativa y se excluyeron las causas secundarias que pudieran provocar un retardo en el desarrollo del lenguaje.

En otros estudios se destaca que la prevalencia de LESNC es de 2,5 por cada mil nacidos vivos y que estas tasas aumentan en niños con peso menor de 2500 gramos y más en menores de 1000 gramos y de 28 semanas debido al aumento de la supervivencia perinatal. Estos autores relacionan la LESNC secundaria a factores de riesgo biológicos y como causa del Retraso del lenguaje coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación.^{1- 3, 9, 10}

Es ciencia constituida que en las causas más graves de los retrasos secundarios del lenguaje juega un papel importante la presencia de factores de riesgo biológicos no siendo así para los retrasos primarios del lenguaje en los que aún no se ha llegado a un consenso acerca de su etiología.

En cuanto al análisis de la edad de valoración logofoniatría especializada a pacientes con afecciones logofoniatricas, según las bibliografías consultadas todos los autores coinciden en que los niños que presentan factores de riesgo biológicos deben ser seguidos en consultas de neurodesarrollo a través de programas de intervención temprana con el objetivo de hacer diagnóstico precoz y tratamiento oportuno logofoniatrico así como del resto de las áreas del neurodesarrollo para

corregir las alteraciones que se puedan presentar durante el período de mayor plasticidad cerebral.^{2, 5- 7, 14, 15}

En los casos estudiados quedó evidenciado la no observancia de este criterio pues a pesar de que los niños asisten a la consulta de neurodesarrollo no se evalúan todas las áreas del desarrollo por igual detectándose pacientes que en edades consideradas tardías es cuando se le diagnostica la afección correspondiente al lenguaje como los que constituyen el grupo de edad de entre 61 a 72 meses.

De los niños con patologías logofoniatricas tuvieron estimulación inadecuada del lenguaje (por ser hijos de padres con nivel educacional bajo (primaria y secundaria básica), no estimulación diaria, niños que no asisten a círculo infantil o vías no formales, niños sin relaciones sociales o juegos con otros niños) 18 pacientes para un 35,3 % sumándose este factor a los de riesgo biológicos ya presentes. Ello tuvo como posibles causas la falta de orientación a la familia en cuanto la estimulación del lenguaje por el personal especializado que atienden los niños en edades temprana.

Lo anterior tiene sus posibles causas en:

1. Carencias de conocimientos del profesional que atiende estas consultas sobre el lenguaje y sus alteraciones .
2. El personal especializado no posee las habilidades suficientes para la detección de los trastornos de la comunicación oral.
3. Falta de capacitación sobre el tema de referencia en el personal de la salud.
4. No se realiza pesquisa activa por los especialistas al no considerar el impacto psicológico, pedagógico y social que estas afecciones provocan.

Hay que tener en cuenta que si las disposiciones del niño para la adquisición del lenguaje son importantes, el lenguaje dirigido al niño por los miembros de su entorno inmediato, no lo es menos. Ninguno de los componentes es suficiente en sí mismo para asegurar el normal desarrollo del lenguaje: todos los sistemas que participan en el lenguaje, el habla y la voz sin el medio lingüístico son inoperantes.

En un estudio sobre la dependencia entre factor de riesgo y la discapacidad, demostró que existía una evidente relación. Al aumentar el número de factores de riesgo en los niños, se eleva el número de discapacidades. El 15 % de los niños con factores de riesgo tenían una deficiencia mayor y el 30 % una de carácter menor o trastorno del neurodesarrollo.¹ Este resultado coincide con el obtenido en la presente investigación donde el análisis estadístico permite concluir que existe

dependencia de las variables analizadas como factores de riesgo perinatales y la existencia de afecciones logofoniátricas en los pacientes de la muestra estudiada.

Esto permite que cuando se refieren los a pacientes más expuestos a factores de riesgo perinatales, estos tienen mayores probabilidades de tener patologías logofoniátricas con respecto a los menos expuestos con una reducción en el error de predicción del 23,8095 % para la asociación significativa entre nivel de exposición y presencia de patologías.

Se encontraron niños que a pesar de tener factores de riesgo no presentan afecciones logofoniátricas, esto en unos casos está influenciado por lo comentado en la tabla 3 acerca de la edad de la valoración como resultado de la pesquisa activa y en otros casos depende de las características neurobiológicas específicas del niño y de la estimulación neurosensorial individual que han recibido del medio lo cual coincide con resultados de otros autores.⁴

Se plantea que un hallazgo anormal aislado no predice de modo absoluto la evolución neurológica del niño en los primeros años de vida. Cada sujeto tiene su propia plasticidad compensadora a nivel del sistema nervioso central, aunque este es aún inmaduro en el neonato a término. La misma será influida por los diversos factores socio-ambientales del entorno, y estos, pueden contribuir a modificar el pronóstico a largo plazo de los hallazgos neurológicos del período neonatal.²

Todos los niños a los que se les detectó afección logofoniátrica se siguen en consultas especializadas de logopedia y foniatría, al igual que aquellos que en el momento del estudio no presentaron alteración, por el riesgo de que se presenten posteriormente dificultades en el desarrollo del lenguaje, al complejizarse los hitos del desarrollo que deben vencer.

Los niños con factores de riesgo perinatales presentaron alteraciones de la comunicación oral, predominando el síndrome disintegrativo y el disarticulatorio; dentro de los cuales tuvieron mayor frecuencia el retraso del desarrollo del lenguaje y las dislalias funcionales respectivamente. Por otra parte, la prematuridad, la ventilación mecánica artificial y el bajo peso al nacer constituyen factores influyentes en los retrasos primarios del desarrollo del lenguaje. La edad de valoración logofoniátrica tardía en niños con factores de riesgos prenatales retarda el diagnóstico precoz y por ende el tratamiento oportuno de las afecciones logofoniátricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos I, Márquez A. Mesa Redonda: Seguimiento del recién nacido de alto riesgo. Recién nacidos de riesgo neurológico. VOX PAEDIATRICA. [Internet]. 2000 [citado septiembre 2009]; 8,2 (5-10). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/rn_de_riesgo_neurologico.pdf
2. Domínguez-Dieppa F. Estudio del neurodesarrollo del neonato de riesgo. [Monografía en Internet]. Universidad Médica de La Habana; 2006 [citado 5 de septiembre de 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/neurodesarrollo_en_neonatos_de_alto_riesgo.pdf
3. Millá MG. Aspectos de la comunicación y lenguaje en niños pretérminos. IX Curso Internacional de actualización en neuropediatría y Neuropsicología. [Monografía en Internet]. IX Curso Internacional de Actualización en Neuropediatría y Neuropsicología. Valencia: 1 de marzo de 2007 [Acceso el 5 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.invanep.com/es/curso2007/Resumen011055.html>
4. Moreno Guerrero A. La Estimulación Temprana. Revista digital Innovación y Experiencias Educativas. [Internet]. enero 2009 [citado 5 de septiembre de 2009]; 14: [Aprox. 9p.]. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_14/AMALIA_MORENO_1.pdf
5. Moré Peláez MJ, Bueno Velazco C, Rodríguez Atanes T, Olivera Zunzunegui T. Lenguaje, comunicación y familia. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2011 Abr 13]; 5(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100008&lng=es
6. Law J, Garret Z, Nye C. Intervenciones de terapia del habla y el lenguaje para niños con retraso o trastorno primario del lenguaje. Cochrane Library. [Internet]. 2010. [citado 21 de septiembre de 2011]; 5: [Aprox. 82p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004110/pdf>
7. Hincapie-Henao L. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje en una población infantil colombiana. Univ. Psychol [internet]. Aug. 2008 [citado enero 2011]; 7(2): Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657 -
92672008000200019&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000200019&lng=en)

8. Díaz Molina MA. Evaluación del Lenguaje en niños pequeños. Evaluación intervención del Lenguaje en niños. [Monografía en Internet]. enero de 2007 [citado 22 de septiembre del 2009]. Disponible en:
http://mtl.fonoaud.usalca.cl/docs/seminario_fonoaudiologia_enero_2007/marcelo.pdf

9. Domínguez Dieppa F, Cejas Pérez G, Roca Molina MC, Millán Cruz Y. Neurodesarrollo de primeros neonatos cubanos ventilados con alta frecuencia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2009 Dic [citado 2010 Oct 05]; 81(4): [Aprox. 10p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034 -
75312009000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000400005&lng=es)

10. Hernández AM, Domínguez F, Roca MC. Polisomnografía neonatal en recién nacidos con asfixia grave al nacer. Rev Neurología. [Internet]. 2007 [citado 20 de junio de 2009]; 44(7): [Aprox. 4p.]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/polisomnografia.pdf>

11. López M. Diagnóstico clínico y procedimientos en el retraso del lenguaje. [Internet]. Ciudad de La Habana: INFOMED; 2006; Disponible en:
[http://www.sld.cu.galerias/pdf/rehabilitación/logo/Desarrollo -del-lenguaje.pdf](http://www.sld.cu.galerias/pdf/rehabilitación/logo/Desarrollo-del-lenguaje.pdf) [citado el 14 de octubre de 2009].

12. Pérez Ruiz Y. La preparación de la familia en la estimulación del lenguaje en la edad temprana. Manual de orientación. Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet] noviembre 2010 [citado octubre 2009]; 10: Disponible en:
<http://www.eumed.net/rev/cccss/10/ypr.htm>

13. Vigotsky L. Pensamiento y lenguaje. Ciudad de la Habana: Editorial Revolución; 1981.

14. López M. Trastornos específicos del lenguaje. [Internet]. Ciudad de La Habana: INFOMED; 2006. Disponible en:
[http://www.sld.cu.galerias/pdf/rehabilitación/logo/trastorno -específico-del-lenguaje.pdf](http://www.sld.cu.galerias/pdf/rehabilitación/logo/trastorno-especifico-del-lenguaje.pdf) [citado 14 de octubre de 2009].

15. Álvarez Lami L, Fernández Collazo L, Ferrer Sarmientos A, López Betancourt M, Capó Alonso MT, Regal Cabrera N, et al. Intervención Temprana. En: Logopedia y Foniatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.p. 1 37-52.

Recibido: 19 de enero de 2012.

Aprobado: 4 de mayo de 2012.

Dra. Leydelys Castillo Valdés . Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Logopedia y Foniatría. Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. Correo electrónico: leydelys@princesa.pri.sld.cu