



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Intervenciones para la apraxia del habla infantil (Revisión)

Morgan AT, Murray E, Liégeois FJ

Morgan AT, Murray E, Liégeois FJ.  
Interventions for childhood apraxia of speech  
(Intervenciones para la apraxia del habla infantil).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD006278.  
DOI: [10.1002/14651858.CD006278.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006278.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Intervenciones para la apraxia del habla infantil

Angela T Morgan<sup>1,2</sup>, Elizabeth Murray<sup>3</sup>, Frederique J Liégeois<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Murdoch Children's Research Institute, Parkville, Australia. <sup>2</sup>Department of Audiology and Speech Pathology, The University of Melbourne, Melbourne, Australia. <sup>3</sup>Faculty of Health Sciences, The University of Sydney, Lidcombe, Australia. <sup>4</sup>Institute of Child Health, University College London, London, UK

**Contacto:** Angela T Morgan, Murdoch Children's Research Institute, Flemington Road, Parkville, Victoria, 3052, Australia.  
[angela.morgan@mcri.edu.au](mailto:angela.morgan@mcri.edu.au).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Problemas de Desarrollo, Psicosociales y de Aprendizaje.

**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 8, 2019.

**Referencia:** Morgan AT, Murray E, Liégeois FJ. Interventions for childhood apraxia of speech (Intervenciones para la apraxia del habla infantil). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD006278. DOI: [10.1002/14651858.CD006278.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006278.pub3).

Copyright © 2019 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

La apraxia del habla infantil (AHI) afecta la capacidad del niño de producir sonidos y sílabas de forma precisa y consistente, así como de producir palabras y oraciones con exactitud y con un ritmo correcto del habla. Es un trastorno poco frecuente que afecta sólo al 0,1% de la población general. Se ha logrado el consenso de que tres características principales tienen validez diagnóstica: (1) producción de errores inconsistentes tanto de consonantes como de vocales en repetidas producciones de sílabas o palabras, (2) transiciones coarticulatorias prolongadas y alteradas entre los sonidos y las sílabas y (3) prosodia inadecuada (ASHA 2007). Se cree que un déficit en la programación o la planificación motora es la base del trastorno. Este hecho significa que los niños saben qué les gustaría decir, pero hay un deterioro en la capacidad de programar o planificar los movimientos finos y rápidos necesarios para producir el habla con exactitud. Los niños con CAS también pueden presentar disfunciones en una o más de las siguientes áreas: función motora oral no relacionada con el habla, disartria, lenguaje, deficiencia en la producción fonológica, concientización fonémica o aptitudes metalingüísticas y alfabetismo, o combinaciones de los anteriores. Existe una falta de evidencia de alta calidad proveniente de ensayos controlados aleatorios (ECA) sobre las intervenciones para la AHI.

### Objetivos

Evaluar la eficacia de las intervenciones dirigidas al habla y al lenguaje en niños y adolescentes con AHI a cargo de foniatras/terapeutas especialistas en habla y lenguaje.

### Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, Embase, en otras ocho bases de datos y en siete registros de ensayos hasta abril 2017. Se realizaron búsquedas en las listas de referencias de los informes incluidos y se solicitó información sobre ensayos no publicados a los autores de los estudios publicados y a otros expertos, así como a grupos de información en las áreas de tratamiento/patología del habla y el lenguaje, además de la lingüística.

### Criterios de selección

ECA y ensayos controlados cuasialeatorios en niños de tres a 16 años de edad con AHI diagnosticada por un foniatra/terapeuta especialista en habla y lenguaje, agrupados por tipos de tratamiento.

### Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión (FL, AM) evaluaron, de forma independiente, los títulos y los resúmenes identificados a partir de las búsquedas y se obtuvieron los informes de texto completo de todos los artículos potencialmente relevantes, que se evaluaron con respecto a la

elegibilidad. Los mismos dos autores extrajeron los datos y realizaron las evaluaciones del "Riesgo de sesgo" y GRADE. Un autor de la revisión (EM) tabuló los resultados de los estudios observacionales excluidos (Tabla 1).

### Resultados principales

Esta revisión incluye solamente un ECA incluido fue financiado por el Consejo Australiano de Investigación; el Fondo de Desarrollo Internacional de la Universidad de Sydney; la Beca Douglas y Lola Douglas para la Salud del Niño y del Adolescente; la Beca Nadia Verrall Memorial; y una Beca James Kentley Memorial Fellowship. Este estudio reclutó a 26 niños de 4 a 12 años de edad, con CAS de leve a moderada de causa desconocida, y comparó dos intervenciones: el Nuffield Dyspraxia Programme-3 (NDP-3); y el Rapid Syllable Transitions Treatment (ReST). Los niños se asignaron al azar a uno de los dos tratamientos. Los tratamientos se aplicaron de forma intensiva en sesiones de una hora, cuatro días a la semana durante tres semanas, en un consultorio universitario en Australia. Estudiantes de patología del habla aplicaron los tratamientos en idioma inglés. Los resultados se evaluaron antes del tratamiento, inmediatamente después del tratamiento, un mes más tarde y cuatro meses luego del tratamiento. La revisión consideró los resultados de un mes después del tratamiento solamente. Varios casos en cada cohorte habían recommenzado el tratamiento habitual con su foniatra especialista en habla y lenguaje, entre un mes y cuatro meses después del tratamiento (NDP-3: 9/13 participantes ReST: 9/13 participantes). En consecuencia, no fue posible analizar el mantenimiento de los efectos del tratamiento a los cuatro meses después del tratamiento sin un sesgo potencial significativo y, por lo tanto, este punto temporal no se incluyó para un análisis adicional en esta revisión.

Todos los dominios de los resultados centrales se consideraron en riesgo bajo de sesgo. La calidad de la evidencia se disminuyó en un nivel a moderada por la imprecisión, debido a que sólo se identificó un ECA.

Los tratamientos NDP-3 y ReST demostraron una mejoría al mes después del tratamiento. Para tres resultados, el efecto fue marginalmente mayor para el NDP-3 que para el ReST: precisión de la producción en las palabras tratadas (diferencia de medias del NDP-3 (DM) = 36,0; DM del ReST = 33,9; DM absoluta = 2,1 entre los grupos); consistencia de la producción del habla, medida por 25 palabras reales repetidas tres veces mediante la subprueba de inconsistencia de la prueba de Evaluación Diagnóstica de la Articulación y Fonología (DEAP, por sus siglas en inglés) (DEAP) (DM) del NDP-3 (DM NDP-3 = 11), ReST MD = 10,9; MD absoluto = 0,2 entre grupos); y precisión del habla conectada, evaluada por la precisión de la palabra imitada en el habla conectada de al menos tres combinaciones de palabras (NDP-3 MD = 14,3, ReST MD = 11,5; MD absoluto = 2,8 entre grupos). ReST (DM = 18,3) demostró un efecto marginalmente mayor que NDP-3 (DM = 18,2) para la precisión de la producción en las palabras no tratadas al mes después del tratamiento (DM absoluta = 0,1 entre los grupos). El estudio no evaluó el resultado de la comunicación funcional.

### Conclusiones de los autores

Hay evidencia limitada de que, cuando se administra de forma intensiva, el NDP-3 y el ReST pueden dar lugar a una mejoría en la exactitud de las palabras en los niños de cuatro a 12 años de edad con AHI, medida de acuerdo a la exactitud de la producción en palabras tratadas y no tratadas, la consistencia de la producción del habla y la exactitud del habla conectada. El estudio no midió la comunicación funcional. Los autores originales de los estudios no realizaron análisis formales para comparar el NDP-3 y el ReST, por lo que no es posible recomendar un tratamiento sobre el otro de forma confiable. Tampoco es posible establecer si alguno de los tratamientos es mejor que ningún tratamiento o tratamiento habitual. Actualmente no existe evidencia para apoyar la efectividad de otros tratamientos para los niños de cuatro a 12 años de edad con AHI idiopático, sin otros trastornos concomitantes del desarrollo nervioso. Los ECA adicionales que repitan este estudio fortalecerían la base de evidencia. De igual manera, se necesitan ECA adicionales de otras intervenciones, en otros rangos de edad y poblaciones con AHI y con trastornos concomitantes.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Un estudio controlado de forma adecuada muestra alguna evidencia del efecto de dos intervenciones para la apraxia del habla infantil (AHI)

#### Pregunta de la revisión

¿Qué tratamientos ayudan a mejorar el habla y el lenguaje en niños y adolescentes con apraxia del habla infantil (AHI)?

#### Antecedentes

Los niños con AHI tienen dificultades para producir sonidos y sílabas de forma consistente y precisa con el objetivo de emitir palabras y oraciones con claridad y con un ritmo correcto del habla. Como resultado, puede ser difícil comprender a los niños con AHI, lo que posiblemente repercute de forma negativa en el logro escolar y la amistad con los compañeros. La AHI afecta a alrededor del 0,1% de la población general. Esta revisión compila la evidencia proveniente de estudios de investigación para identificar los tratamientos más efectivos para los niños con AHI.

#### Fecha de la búsqueda

La evidencia está actualizada hasta el 6 de abril de 2017.

#### Características de los estudios

Se encontró un estudio con 26 niños de cuatro a 12 años de edad con AHI. Los niños presentaban AHI leve a grave sin una causa conocida. Los niños fueron asignados aleatoriamente (usando un método como el lanzamiento de monedas) a uno de dos tratamientos: el Programa de Dispraxia de Nuffield - Tercera Edición (NDP-3); y el tratamiento de Transición Rápida de Sílabas (ReST). Ambos tratamientos se aplicaron

#### Intervenciones para la apraxia del habla infantil (Revisión)

Copyright © 2019 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

de forma intensiva en sesiones de una hora, cuatro días a la semana durante tres semanas. Los tratamientos fueron administrados por estudiantes de patología del habla en un consultorio universitario. Los resultados se evaluaron antes del tratamiento, inmediatamente después del tratamiento, un mes más tarde y cuatro meses luego del tratamiento. La revisión consideró los resultados de un mes después del tratamiento solamente.

**Fuentes de financiamiento de los estudios**

El estudio incluido fue financiado por el Consejo Australiano de Investigación; el Fondo de Desarrollo Internacional de la Universidad de Sydney; la Beca Douglas & Lola Douglas para la Salud del Niño y del Adolescente; la Beca Nadia Verrall Memorial; y una Beca James Kentley Memorial Fellowship.

**Resultados clave**

Estudios adicionales que repitan estos hallazgos fortalecerían la evidencia disponible.

El estudio aporta evidencia limitada de que el NDP-3 puede mejorar la exactitud de la producción en los ítems tratados y la exactitud del habla conectada. Hay evidencia limitada de que el NDP-3 tiene un efecto insignificante sobre la consistencia de la producción del habla, y el ReST un efecto insignificante sobre la exactitud de la producción en las palabras no tratadas. El estudio no midió la comunicación funcional.

**Calidad de la evidencia**

El estudio incluido fue un ensayo controlado aleatorio con un riesgo general bajo de sesgo. La calidad de la evidencia se disminuyó en un nivel a moderada, por la imprecisión, debido a que se identificó sólo un ECA.

**Recomendaciones**

Hay evidencia limitada de que el NDP-3 o el ReST pueden ser útiles para los niños de cuatro a 12 años de edad con AHI de origen desconocido y sin otros trastornos concomitantes. No fue posible determinar si uno de estos tratamientos fue mejor que el otro, ni si alguno fue mejor que ningún tratamiento o tratamiento habitual. Actualmente no hay evidencia disponible sobre otros tratamientos.

Los ECA adicionales — incluidos los estudios que comparan tratamientos versus grupo control ningún tratamiento (lista de espera) — fortalecerían la base de la evidencia. También se necesitan estudios de investigación adicionales en niños con AHI y otros trastornos o diagnósticos.