



MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

Versión ISO 9001:2015

DIRECCIÓN MÉDICA

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE**



Código:
MG-SAF-31



Fecha:
DIC 20

Rev. 04

Hoja: 1 de 15

GUÍA CLÍNICA DE LA AFASIA MOTORA EFERENTE

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura de División Patología de Lenguaje	Jefatura de División Patología de Lenguaje	Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 2 de 15

1. Propósito

Establecer los lineamientos para elaborar de forma sistemática el proceso de atención que se sigue en cada uno de los pacientes afectados por Afasia Motora Eferente en el Servicio, se describe la enfermedad, el proceso de diagnóstico, las interconsultas necesarias, los estudios auxiliares de diagnóstico y el tratamiento rehabilitatorio; así como la periodicidad de las citas de revaloración, los criterios de alta, de manera que la atención del paciente por los diferentes Médicos o Servicios Interconsultados corresponda con los estándares de calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

2. Alcance

Establecer criterios uniformes de atención destinados a los Médicos Adscritos a la División de Patología de Lenguaje.

Otorgar el servicio con calidad y calidez, partiendo del adecuado abordaje del tipo de trastorno de lenguaje que presente cada uno de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, con criterios de ingreso y permanencia.

3. Responsabilidades

Director:



- Verificar el cumplimiento del procedimiento.
- Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Subdirector:

- Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento.
- Brindar los recursos necesarios.

Jefe de División:

- Elaborar la guía del padecimiento.
- Supervisar el cumplimiento de la misma.
- Procurar el cumplimiento de la misma.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 3 de 15

Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión y actualización.

4. Políticas de operación y normas.

Revisión y actualización será cada dos años o antes si fuera necesario.

5. Definición del Padecimiento



La afasia es una alteración de lenguaje que surge como consecuencia de un daño cerebral (Luria, 1947, Goodglass y Kaplan, 1972, Hecaen 1979, Xomskaya 1987, Benson y Ardila 1996). Basándose en criterios más clínicos Kertesz (1985) la define como una alteración del lenguaje consecuente al daño cerebral, caracterizado por dificultades en la producción (agramatismo y/o parafasias), disminución de la comprensión y errores en la denominación (anomias). Por lo tanto la afasia se presenta como una alteración del lenguaje producida por una lesión cortical focal, (Ardila, 1983).

La Afasia Motora Eferente se puede definir como un trastorno de lenguaje secundario a daño cerebral focal, la lesión se presenta en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda. La tendencia a separar las variedades de afasias se apoya en las características del lenguaje, aún siendo infrecuente encontrar un síndrome que corresponda exactamente a las características propias.

5.1 Epidemiología

Los trastornos de comunicación y cognitivos, se presentan aproximadamente un 40% de los pacientes que han sufrido un evento vascular cerebral, siendo las más frecuentes la afasia; es una patología frecuente en su presentación, afecta a ambos sexos. Se calcula que del 1 al 1.5% de la población que sufre algún accidente cerebrovascular, el 40% de ellos provoca algún tipo de afasia y de ellas la motora eferente o de Broca es la que se presenta. En la División de Patología de Lenguaje se presenta en un 45% del total de los pacientes atendidos con afasia, siendo el principal diagnóstico de atención en la población adulta. Personas de todas las edades, grupos sociales y sexos pueden presentar afasia, siendo las causas más frecuentes los accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, tumores, infecciones, enfermedades degenerativas.

En España (2014) más de 150.000 personas, según datos de la Sociedad Española de Neurología, necesitan cuidadores para el resto de su vida. Los efectos sociales y familiares de esta enfermedad son devastadores.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 4 de 15

5.2 Sitio de Lesión

En esta afasia el sitio de lesión es el pie de la 3ra. circunvolución frontal ascendente del hemisferio izquierdo, áreas 44 y 45 de Brodman, dependiendo del sitio de lesión serán las características clínicas que presenten los pacientes.

5.3 Sinónimos



Fue denominada por Broca como Afemia (1864), años posteriores la denominaron Afasia Verbal (Head, 1926), Afasia de Broca, Cinética o Motora Eferente (Luria, 1970, Geschwind (1971), Expresiva (Hecaen, 1978), Lecours, 1983). La tendencia a separar las variedades de afasias se apoya en las características del lenguaje.

5.4 Fisiopatología

En éste tipo de afasia se compromete la melodía cinética, es decir la organización secuencial de los movimientos motores que transcurren en un orden temporal, que requiere de una continua cadena de impulsos intercambiables y que dificulta o imposibilita la cadena cinética de movimientos articulatorios que incluyen una inhibición constante de los movimientos anteriores y el paso a los siguientes. La articulación de uno u otro fonema en las palabras, depende de su posición en el complejo, de un sistema articulatorio íntegro y ante todo de los sonidos que sigan a un sonido dado.

Recientemente utilizando la metodología conocida como *metaanalytic connectivity modeling*, se revisaron varios estudios en los cuales se analizan las imágenes de resonancia magnética funcional durante la realización de tareas lingüísticas. En particular con el Área de Broca (sistema gramatical) en los últimos años ha existido gran interés en reanalizar las funciones específicas de esta área, que incluye la *pars opercularis* (AB44), *pars triangularis* (AB45) de la circunvolución frontal inferior.

Esta AB45 es aparentemente más “cognitiva” que AB44, la cual parece ser más motora y fonética. Hagoort se refirió a éste “Complejo de Broca”, al que incluyó AB44 (premotora), AB45 y AB47 (corteza prefrontal); sugirió que no es una región específicamente lingüística, ya que se muestra activa durante la realización de diferentes actividades no lingüísticas, como imaginar mentalmente el movimiento de agarre, más aún, se pueden distinguir subregiones funcionalmente definidas dentro del complejo de Broca que participan en el procesamiento semántico y en el procesamiento fonológico, este autor propuso que el denominador común es su papel en las operaciones de selección y unificación, por medio de las cuales, elementos individuales de la información léxica se unen en estructuras representacionales que cubren producciones de múltiples palabras; su función central es entonces unir los elementos del lenguaje. Ardila y Bernal sugirieron que el papel central del área de Broca se relaciona con la secuenciación de elementos motores/expresivos. Grodzinsky sugirió que la mayoría de la sintaxis no se “localiza” en el área de Broca y en las regiones

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 5 de 15		

inmediatas (opérculo, ínsula y sustancia blanca subyacente); esta región tiene un papel muy específico en el procesamiento gramatical.

5.5 Etiología

La etiología del daño cerebral es una de las variables más importantes que inciden en los resultados de una evaluación neuropsicológica, por lo tanto el déficit en la actividad cognoscitiva de un paciente producido por un accidente cerebrovascular o un tumor o una enfermedad degenerativa o un traumatismo craneoencefálico, no son equivalentes.

Los de instalación súbita producen déficits más “floridos” que los de instalación progresiva. Reporta la literatura una incidencia de 22 x 10000 sujetos entre 45 y 54 años y aumenta a 83 x 10000 en sujetos de 65 a 74 años; otro estudio reporta un 57.1% en sujetos de 60 a 80 años.



El determinar la etiología es un factor decisivo para la interpretación de la deficiencia observada. A continuación se enumeran las causas:

1. Accidentes Cerebro-Vasculares. La sintomatología que presentan los pacientes dependerá de la extensión y de la zona afectada. Estadísticamente uno de los territorios en el que existe mayor frecuencia de ésta entidad es la arteria cerebral media izquierda, existiendo una notable correlación de estas áreas que conllevan a alteraciones de tipo afásico.
2. Traumatismos Craneoencefálicos
3. Tumores Cerebrales.
4. Demencias,
5. Otro grupo de causas que puede ocasionar algún tipo de daño cerebral son: las Infecciones en el Sistema Nervioso Central, Crisis Convulsivas mal controladas, Hidrocefalia, Intoxicación de diversas causas.

Dependiendo de la etiología y la velocidad de instalación del proceso patológico la sintomatología Neuropsicológica encontrada será más o menos florida.

5.6 Factores de Riesgo

Edad mayor a 55 años, antecedentes heredo-familiares, adicciones, tabaquismo, alcoholismo, farmacodependencia, sedentarismo, enfermedades sistémicas (hipertensión arterial sistémica, cardiopatías), metabólicas (diabetes mellitus), infecciosas, autoinmunes están entre las causas que ocasionan algún tipo de compromiso en el Sistema Nervioso Central y que secundariamente afectan la Función Cerebral Superior que es el lenguaje. Posterior al evento los problemas emocionales, la depresión, angustia son factores que pueden limitar los avances del paciente.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 6 de 15



5.7 Manifestaciones Clínicas

En este tipo de afasia el discurso oral presenta un lenguaje no fluente, con una producción disminuida de acuerdo a la severidad del cuadro; puede ser moderadamente informativo o no informativo, agramatismo, dificultad para acceder a los verbos, en la producción articulatoria y prosódica, errores en la producción discursiva, que implican un análisis de la relación que existe entre ésta y los errores a nivel fonémico, fonético que se producen en el lenguaje, la caracterización de estos errores se distinguen dos niveles: el sistema abstracto de los sonidos en el lenguaje y el nivel concreto de la realización de los sonidos en el discurso. Estos pacientes muestran más dificultad en las palabras funcionales que en las de contenido (sustantivos). En cuanto al discurso logran captar la idea general, pero no la específica. El lenguaje automático esta conservado, aunque en algunas ocasiones necesitan apoyo para iniciar una serie. En la repetición algunos casos logran repetir palabras aisladas, pero en la mayoría de las veces, fracasan en oraciones. En la denominación los verbos presentan mayor compromiso que los sustantivos, la variable frecuencia tiene un efecto significativo en el rendimiento, pudiendo observar algunas parafasias fonémicas y semánticas.

En la comprensión oral con respecto al procesamiento de oraciones, éste está alterado por un agramatismo receptivo. En la lectura oral en la etapa aguda pueden presentar mutismo, pero lo habitual es que presenten errores articulatorios que dependen de la severidad del cuadro, la comprensión de esta función presenta dificultad para entender oraciones de mayor complejidad gramatical. En la escritura escriben y producen enunciados breves, acompañados de paragrafias fonológicas, a veces omiten palabras, se les dificulta más el uso de palabras funcionales que de contenido, presentan menos eficiencia en los trazos, ya que muchas veces deben escribir con su mano no dominante por presentar hemiplejía.

Esta afasia puede presentar toda una serie de trastornos asociados, tales como alteraciones motoras (hemiplejías, hemiparesia), sensitivas, práxicos, gnósicos, en el cálculo; cognitivos, pragmáticos, psiquiátricos, etc. Todo dependerá de la extensión de la lesión.

La depresión en la afasia tiene una dimensión reactiva a la nueva condición y otra dependiente de las áreas cerebrales que se encuentran afectadas (Benson & Ardila, 1993). Durante la etapa de adaptación a la nueva situación, el paciente presenta tendencia al aislamiento, sentimiento de vacío, falta de motivación, carencia de auto-cuidado, trata de evitar situaciones sociales, en ocasiones se niega a comer y a participar en una terapia. La reacción emocional al trastorno afásico se correlaciona con el tipo particular de afasia, la depresión y frustración son típicas de las afasias anteriores, mientras más anterior sea la lesión, mayor probabilidad de depresión y más grave será ésta (Starkstein & Robinson, 1988). El lenguaje representa el principal instrumento de cognición. Basso, De Renzi y Faglioni (1973) señalaron que este tipo de pacientes conservan adecuadamente sus habilidades de pensamiento analítico. Helm-Estabrooks et al. (1995) hallaron que los resultados en una batería de habilidades no verbales no se correlacionaban significativamente con la gravedad de la afasia.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 7 de 15

5.8 Diagnóstico

La diversidad de trastornos asociados que acompaña a la afasia, requiere de un abordaje multidisciplinario especializado que lleve a cabo una valoración y un plan de tratamiento holístico, integrador y personalizado, formado por especialistas en audiología, otoneurología y foniatría, neurólogos, terapeuta de lenguaje, terapeuta físico, ocupacional, psicóloga, trabajadora social y la colaboración de diferentes especialistas que el paciente requiera.



Después del daño cerebral, se distinguen dos estadios diferentes en la recuperación:

- **Etapa 1:** recuperación temprana - inmediata al daño cerebral (serie de procesos neurofisiológicos como la disminución del edema, hemorragias y del efecto de diasquisis).
- **Etapa 2:** recuperación tardía puede durar meses y años (en ésta existen dos factores responsables de la recuperación: el reaprendizaje del lenguaje y la reorganización del mismo en el cerebro (Kertesz, 1988).

Para su estudio y valoración se requiere la realización de una nota que incluya: un interrogatorio dirigido al problema de lenguaje que presenta el paciente, generalmente indirecto, los datos deberán ser aportarlos por una persona cercana al paciente y que conozca lo sucedido, realizar una exploración física, neurológica, un estudio audiológico y/o potenciales evocados auditivos dependiendo el caso para corroborar el estado de la audición.

La nota inicial deberá incluir la anamnesis del padecimiento actual, los antecedentes de importancia relacionados con la patología, la escolaridad, ocupación, lateralidad, estado premórbido, personales patológicos, una exploración física y neurológica.

De manera específica se debe aplicar una evaluación por medio de una Batería Neuropsicológica que considere evaluar las Funciones Cerebrales Superiores: (praxias, gnosias, memoria, lenguaje, procesos intelectuales, lectura, escritura y cálculo). Existen diversas pruebas para evaluar estas funciones, en particular en el Servicio de Patología de Lenguaje se utiliza la Evaluación Neuropsicológica de Ardila-Ostrosky-Canseco que fue diseñada y estandarizada en sujetos hispanoparlantes, la cual permite obtener diferentes perfiles, además de establecer las pautas para el manejo rehabilitatorio y de esta manera emitir un pronóstico, todo ello personalizado. Existen otras pruebas Neuropsicológicas que permiten realizar la evaluación de éstos pacientes como la Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla, también diseñada y estandarizada en sujetos hispanoparlantes, de acuerdo a las características del idioma español, la cual evalúa 7 factores; el Test Barcelona y otras evaluaciones realizadas con el mismo fin. Se considera que la diferenciación del tipo de afasia debe realizarse en base al mecanismo (factor) que subyace a las alteraciones del lenguaje y que es fundamental para establecer un programa rehabilitatorio. Deberá evaluarse la pragmática en estos pacientes con el objetivo de que este aspecto ayude en su rehabilitación. Siempre que el caso lo requiera deberán solicitarse estudios de imagen, electrodiagnóstico, y/o laboratorio, así como las interconsultas a los diferentes Servicios de la Institución hasta integrar un diagnóstico definitivo.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 8 de 15

5.9 Tratamiento



Al concluir el proceso de evaluación y diagnóstico, una vez realizada la Evaluación Neuropsicológica, es necesario conocer los reportes de las interconsultas solicitadas y de reunir los estudios requeridos y practicados, se elaborará un Informe Clínico, indicando el diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir: se indica, iniciar terapia de lenguaje, generalmente por 6 meses (después de los cuales se revalora al paciente) en donde se trabaja los aspectos comprometidos de las diferentes funciones evaluadas como el lenguaje en sus diferentes modalidades, la atención, las praxias orolinguales, la memoria, las gnosias, los procesos de abstracción, la lectura y escritura, iniciar terapia física, terapia ocupacional, continuar con control médico estricto de su patología de base y asistir a reuniones de pacientes y familiares con la finalidad de conocer sobre la enfermedad y evitar el colapso del cuidador.

Existen ensayos clínicos que han investigado el momento de iniciar el tratamiento y su frecuencia, los cuales indican que es más eficaz cuando se inicia en forma temprana que en aquellos que dejan pasar varios meses.

Kertesz reviso las perspectivas de recuperación después de presentar una afasia y menciona que posterior a una lesión vascular la recuperación es menor en relación a las lesiones traumáticas, éstas últimas revelaron una recuperación más rápida; las deficiencias observadas fueron menos graves en la afasia anómica (amnésica), más graves en la afasia global; la tasa de recuperación fue bastante similar en los diferentes tipos; ésta recuperación fue más evidente en los primeros tres meses, con alguna mejoría en los 6/12 siguientes y una recuperación menor en los seis meses posteriores; hubo indicios de que los pacientes más jóvenes experimentaron una recuperación mayor, pero esto es cuestionable ya que esta recuperación estará en relación con los diferentes factores pronóstico de la afasia (edad, sitio y extensión de lesión, género, escolaridad, ocupación, tiempo en que se realizó la evaluación, inicio de los diferentes tipos de terapia, etc.).

Darley (1975) señala nueve conclusiones con respecto a la terapia del lenguaje en caso de afasia:

1. La terapia intensiva ejerce un efecto positivo sobre la recuperación.
2. Cuando más temprano se instale la terapia, mejores serán sus resultados.
3. Cuando más joven sea el paciente, mejores los resultados que se pueden esperar.
4. Los resultados obtenidos dependen siempre de la etiología del daño.
5. El déficit menor tienen una evolución más favorable.
6. Se pueden esperar mejores resultados si el paciente se encuentra libre de complicaciones asociadas.
7. La motivación del paciente, su crítica y otros factores personales, influyen sobre los resultados.
8. Ningún factor produce por sí solo una influencia negativa suficiente para desistir de la terapia.
9. El valor de la terapia no se limita a los progresos del paciente en el área deficitaria; influye también sobre sus actitudes, valores y relaciones sociales en general.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 9 de 15

El tipo de rehabilitación debe ser determinado con base a los resultados de la evaluación, esta intervención está encaminada a maximizar la recuperación de las habilidades comunicativas y prevenir el aprendizaje de conductas compensatorias inapropiadas. Resulta necesario que se desarrollen programas terapéuticos dirigidos al mecanismo psicofisiológico subyacente observado en el paciente.

La rehabilitación es un proceso con enfoque integral e interdisciplinario, el cual se basa en el concepto de reorganización dinámica y sistémica de las funciones cerebrales superiores. Tiene como objetivo aumentar la fluidez del lenguaje oral, mejorar la repetición y denominación de objetos y personas, conseguir que relacione la palabra escrita con sus conceptos y así mejorar la comprensión en la lectura. Pretende disminuir la incidencia de complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en el proceso de tratamiento y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social del individuo, informa de las complicaciones al realizar un diagnóstico en forma precoz.



Es interesante plantear el uso de sistemas alternativos o aumentativos de comunicación en pacientes con afasia, ya que presentan dificultad para iniciar su elocución, en ocasiones pueden servirse de imágenes o iconogramas que representen un objeto o una acción determinada. Estos sistemas están diseñados para superar las limitaciones sobre todo de la expresión fónica-oral. Estos incluyen el deletreo digital, la gesticulación, la indicación digital, la mirada dirigida hacia un objeto específico.

Otra alternativa es buscar pautas que utiliza la neuropsicología cognitiva, quien tiene como objetivo estudiar los niveles de procesamiento fonológico, léxico, sintáctico y semántico del lenguaje en este tipo de pacientes, en función de describir el patrón concreto de alteraciones, puede ser una forma de metodología dentro de la rehabilitación.

Anteriormente se pensaba que después de un periodo de 2-3 años, el déficit observado en los pacientes que habían sufrido algún tipo de daño cerebral se presentaba ya como una secuela permanente e irreversible, al respecto algunos autores enfatizan que los cambios que ocurren tras una patología cerebral presentan una gran variabilidad individual. Por lo tanto la recuperación puede continuar durante varios años y la rehabilitación puede seguir siendo útil en pacientes crónicos.

En pacientes afásicos recuperados, se ha demostrado la participación del hemisferio derecho en procesos lingüísticos. Estudios recientes con imágenes funcionales cerebrales, apoyan la participación de áreas derechas en la recuperación de la afasia (Leger, 2002).

Luria (1973, 1980) enfatizó la reorganización funcional como mecanismo de recuperación, es decir al desarrollo de nuevas estrategias para compensar los defectos debidos al daño cerebral. Las funciones no alteradas pueden utilizarse como base para compensar los defectos existentes

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 10 de 15		

(Luria, 1966; Tsvetkova, 1973); con lo cual se logra el objetivo siguiendo un procedimiento diferente.

La Musicoterapia Neurológica (NMT) fue desarrollada por Michael Thaut a finales de 1990, está reconocida como una modalidad de neurorehabilitación “state-of-the-art”, es así que la Federación Mundial de Neurorehabilitación ha establecido un grupo de interés especial como lo es en las personas que tienen alteraciones neurológicas donde están comprometidas las funciones motoras, sensoriales y cognitivas.

El plan de rehabilitación deberá concluir cuando se cumplan los objetivos acordados o cuando se alcance una meseta en la condición funcional del paciente.



5.10 Seguimiento

Se realizara una revaloración médica una vez concluido el tiempo de terapia establecido de acuerdo al caso, para ver evolución e indicar las medidas necesarias para continuar o concluir el tratamiento rehabilitatorio. El seguimiento será realizado por un equipo multidisciplinario en el que resulta de particular importancia la labor del médico, la terapeuta de lenguaje y la familia, quién informa de los avances que el paciente presenta, lo que permite llevar un mejor seguimiento del caso.

6. Criterios de Inclusión

- Pacientes que ingresen con sintomatología caracterizada por problema de lenguaje expresivo secundario a lesión focal en el sistema nervioso central.
- Género indistinto.
- Cualquier edad.
- Serán enviados al Servicio de Patología de Lenguaje, donde se revisará la historia clínica, el estudio audiológico, se elaborará la nota inicial que incluya el padecimiento actual, antecedentes de importancia, exploración física y neurológica, aplicación e interpretación de una Batería Neuropsicológica integrando un diagnóstico presuncional o definitivo.

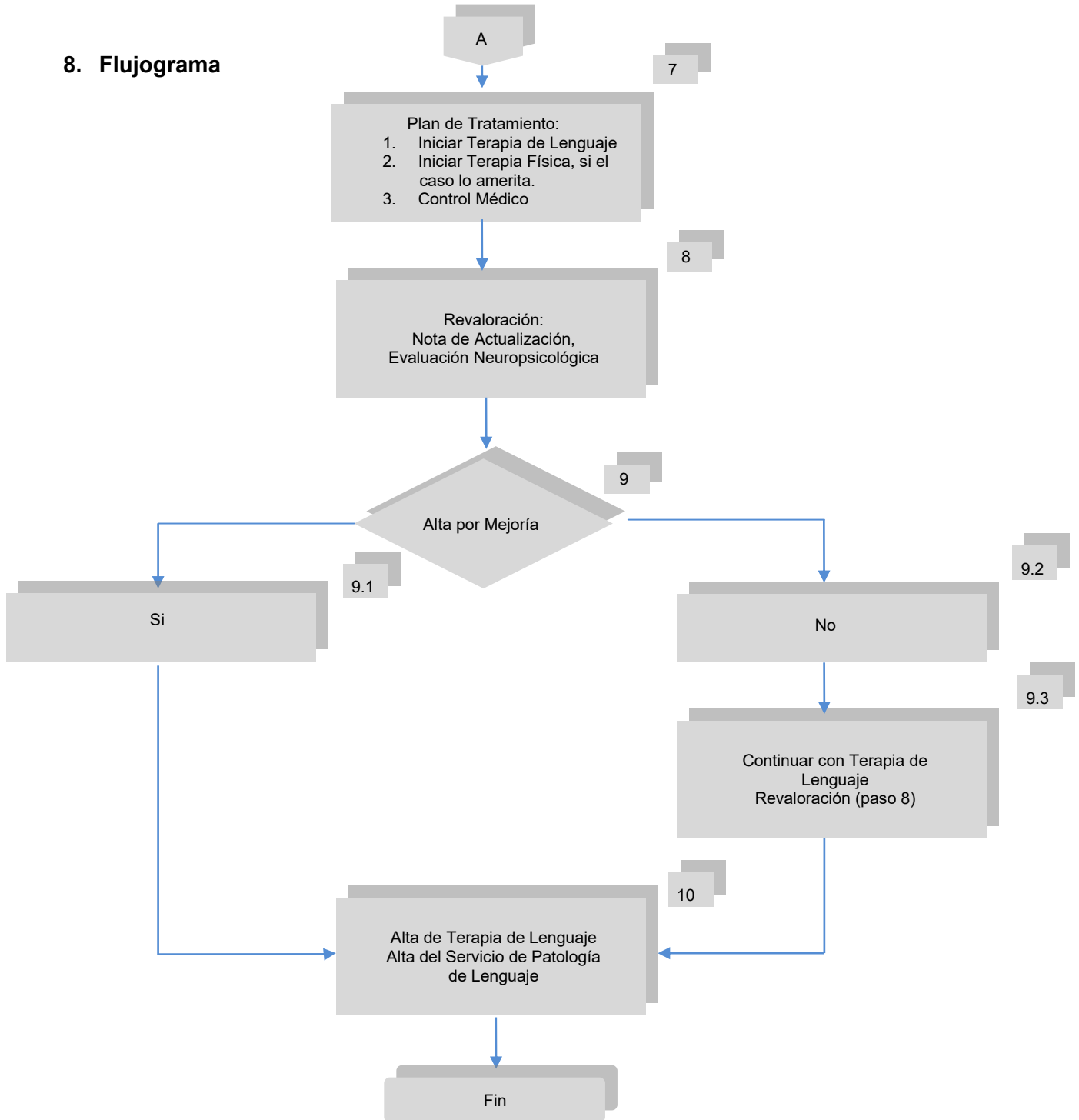
En caso de que sea presuncional se solicitarán las interconsultas a los servicios que sea necesario: audiología, otoneurología, foniatría, medicina interna, medicina de rehabilitación y se solicitarán estudios de laboratorio y gabinete. Mediante una consulta subsecuente se revisan notas de los servicios interconsultados, resultados de laboratorio y gabinete, para posteriormente integrar un diagnóstico definitivo en un Informe Clínico con las indicaciones de acudir a terapia de lenguaje, terapia física, ocupacional, control médico y cita a revaloración de acuerdo a cada caso.



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 11 de 15

7. Criterios de Alta

Pacientes que hayan recibido Terapia de Lenguaje por 6 a 24 meses dependiendo el caso y cuyos avances le permitan reincorporarse a sus actividades de la vida cotidiana y/o laboral; por haber obtenido el máximo beneficio rehabilitatorio.



8. Flujoograma





	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 13 de 15		

9. Referencias bibliográficas y Guías clínicas específicas

1. Almagro Y., Sánchez-Casa R. M., García-Albea J. E.; El Agramatismo y su sintomatología. Rev. Neurol. 2005 Mar 16-31; 40(6):369-80.
2. Arango Lasprilla Juan Carlos, Rehabilitación Neuropsicológica. Manual Moderno, 2006.
3. Arias Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clínica 2009; 70 (3): 25-40
4. Ardila Alfredo, Ostrosky S. Feggy; Diagnóstico del Daño Cerebral, Enfoque Neuropsicológico; Editorial Trillas, 2009.
5. Ardila Alfredo, Rosselli Mónica; Neuropsicología Clínica, Tomo I; Prensa Creativa, Medellín, Colombia, 1992.
6. Ardila Alfredo; Psicobiología del Lenguaje; Editorial Trillas, 1983.
7. Ardila Alfredo; Neurolingüística; Editorial Trillas, 1984.
8. Ardila Alfredo, Orígenes del Lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. Rev. Neurol. 2006 Dec. 1-15; 43(11):690-8.
9. Ardila Alfredo, Las Afasias, capítulo 4. Universidad de Guadalajara, 2005 Primera Edición.
10. Ardila Alfredo, Bernal Byron, Rosselli Mónica. Área cerebral del lenguaje: una reconsideración funcional. Rev Neurol 2016; 62 (3): 97-106
11. Borregón Sanz Santos, González Calero Agustina; La Afasia, Exploración, Diagnóstico y Tratamiento; CEPE, 1993.
12. Cabrera Rayo A., Martínez Olazo O., y cols., "Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en Hospitales de la Ciudad de México, estudio multicéntrico", Revista de Medicina Interna de México, 2008; 24 (2): 98-103.
13. V Congreso Nacional de Musicoterapia, Barcelona, 17-19 octubre, 2014
14. Cuetos Vega F., Domínguez A., Baaw S., Berthier-Torres M. L.; Disociación entre pacientes agrámaticos y anómicos en la producción de formas verbales. Rev. Neurol. 2007 Feb 16-28; 44(4):203-8.
15. Flores Lázaro Julio Cesar, Neuropsicología de los Lóbulos Frontales, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud, 2006.
16. Gallardo Paúls B., Moreno Campos V., Evolución de la Pragmática en un caso de Afasia de Broca Severa, Revista de Logopedia, Audiología y Foniatría, 2006, Vol. 26, No. 4, 188-203.
17. González Ortuño B, Ostrosky Solís F., Chayo Dichi R., Problemas de Lenguaje, Un Programa para su estimulación y para su rehabilitación. LP Editorial, marzo 2007.
18. Guía Clínica; Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Rotura de Aneurismas Cerebrales, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Serie de Guías Clínicas Minsal No. 42, Junio 2007.
19. Guía Clínica; Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto, serie de Guías Clínicas Minsal No. 37, Septiembre 2007, República de Chile, Ministerio de Salud.
20. Goodglass Harold, Kaplan Edith; La evaluación de la Afasia y de Trastornos relacionados; Editorial Médica Panamericana, 1986.
21. González V. Rafael, Hornauer-Hughes Andrea, Afasia: una perspectiva clínica. Rev. Hospital Clínico Universidad Chile 2014; 25: 291 - 308

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
	Hoja: 14 de 15		

22. Henry Daniel Vera Ramírez. Análisis del discurso y memoria en la afasia de broca y la afasia de Wernicke. Revista de Psicología GEPU vol. 5 no. (2) pp. 01-229 – julio-diciembre de 2014
23. Hilari Katerina PhD, Aguja Justin J. PhD, Harrison Kirsty, ¿Cuáles son los factores importantes en la calidad de la vida relacionada con la salud para las personas con afasia? Arch Phys Med Rehabilitation 2012; 93.
24. Junqué C., Bruna O. y M. Mataró, Neuropsicología del Lenguaje, Masson, Barcelona, 2004.
25. Kolb B., Whishaw I. Q., Neuropsicología Humana, University of Lethbridge, 5ta. Edición, Editorial Médica Panamericana, 2003.
26. Lesser Ruth; Investigaciones Lingüísticas sobre la Afasia; Editorial Médica y Técnica, 1983.
27. López Cortés V., Quintanar Rojas L., Perea Bartolomé M. V., Ladera Fernández V.; Rehabilitación neuropsicológica de un paciente con afasia motora eferente-aférente. Revista Neuropsicología Latinoamericana, Vol. 5 No. 1, 2013, 14-21.
28. Luria A., R. Las Funciones Corticales Superiores del Hombre; Distribuciones Fontamara, 1986.
29. Luria A., R. Fundamentos de Neolingüística; Editorial Masson. 1989.
30. Luria A., R., Cerebro y Lenguaje, Editorial Fontanella, 1978.
31. Martínez-Vila E., Murie Fernández M., Pagola I., Frimia I. P. Enfermedades Cerebrovasculares, Depto. De Neurología Clínica, Universidad de Navarra, España, Medicine. 2011; 10(72): 4871-81.
32. Ochfeld E., Newhart M. BA; Molitoris J, BS; Leigh R., MD; Cloutman L., PhD; Cameron D., MS; Crinion J., PhD; Hillis Argye E., MD. Ischemia in Broca Area Is Associated With Broca Aphasia More Reliably in Acute Than in Chronic Stroke. American Heart Association, Inc.
33. Martín Dorta William, Sicilia Sosvilla Ignacio. La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera. Revista de Enfermería. Dic 2012; 6 (3).
34. Martínez E. Omar, Melgarejo M. Pino, Pérez Y. Broche. Perspectivas científicas en la investigación de la afasia. Consideraciones teóricas. ENCUENTROS No. 1. Junio 2015, pag. 75-84.
35. Ortiz Alonso Tomas; Neuropsicología del Lenguaje; CEPE, 1995.
36. Ostrosky F., Ardila A., Chayo R., Rehabilitación Neuropsicológica, Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del daño cerebral. Editorial Planeta m.r. técnicos, 1996.
37. Parkin Alan J., Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva. Editorial Médica Panamericana. 1999.
38. Peña Casanova Jordi; Manual de Logopedia; 3ra. Edición; Editorial Masson. 1994.
39. Peña Casanova Jordi, Barraquer Bordas LI; Neuropsicología; Ediciones Toray S. A., Barcelona, España. 1983.
40. Peña Casanova J., y M. Pérez, Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados, Masson, Barcelona, 1995.
41. Peña Casanova J., Garamunt Fombuena N., Gich Fullá J., Test Neuropsicológicos, Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Editorial Masson, 2004

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-SAF-32
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA, FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE		Rev. 04
			Hoja: 15 de 15

42. Peña Casanova J., Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica “Test Barcelona”, Masson. 1991.
43. Perlman Lorch M., The merest Logomachy: The 1868 Norwich discussion of aphasia by Hughlings Jackson and Broca, Brain, 2008, 131, 1658-1670.
44. Quintanar Rojas L., López Cortés A., Lázaro García E., Solovieva Y., Evaluación Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Datos en Población Normal. 2009.
45. Quintanar Rojas Luis; Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Aspectos Teóricos y Metodológicos; Facultad de Psicología de la BUAP; 1994.
46. Quintanar Rojas L, Solovieva Y, León Carrión J., Diagnostico de la Afasia Motora Eferente, presentación de un caso. Revista Española de Neuropsicología 2003, 4:301-311.
47. Quintanar Rojas L., Solovieva Y., León Carrión J., Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla – Sevilla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Mayo 2011.
48. Rius Umpierrez Elisa, Guía Práctica Clínica, Ictus, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. 2da.Edición, enero 2007, Barcelona.
49. Ruiz A., D., Flores A., B., Leyva C., G., Cores M., C., Aguilar R., F., Manejo Integral del Paciente Afásico. Plasticidad y Restauración Neurológica, Nuevos Horizontes en la Restauración Neurológica, Vol. 6 num. 1 – 2, Enero – Dic. 2007
50. Secretaria de Salud, Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares en México, julio 2012.
51. Trejo Martínez D., Jiménez Ponce F., Marcos Ortega J., y cols. Aspectos Anatómicos y funcionales sobre el área de Broca en neurocirugía funcional. Revista Médica del Hospital General de México, Vol. 70, Núm. 3, Jul – Sep. 2007; 141-149.
52. Villodre C., R., Morant G., A., Intervención multidisciplinar en Afasias. Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia INIA NEURAL, Valencia, España, ISBN: 84-370-6576-3. (www.inianeural.com)

10. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
02	Actualización de la imagen institucional, actualización del contenido, actualización del nombre del Instituto	JUN 15
03	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
04	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20