



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

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



**Código:**  
MG-SAF-33



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 04**

**Hoja: 1 de 15**

# GUÍA CLÍNICA DE LA AFASIA ACÚSTICO AGNÓSICA

	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			

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 2 de 15</b>		

## 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 Acústico Agnóstica, atendidos en el Servicio, describiendo la enfermedad, el proceso de diagnóstico, los estudios auxiliares de diagnóstico y el tratamiento rehabilitatorio; así como las citas de revaloración, los criterios de alta, de tal forma que se eviten desviaciones en la atención del paciente por los diferentes Médicos o Servicios de Interconsulta y que ésta corresponda con los estándares de calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación.

## 2. Alcance

Establecer criterios uniformes, con los Médicos Adscritos a la División de Patología de Lenguaje, sobre la atención de los pacientes con esta patología.

Otorgar el servicio con calidad y calidez, partiendo del adecuado abordaje que se les proporciona a los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Rehabilitación, afectados por este tipo de afasia, con criterios de ingreso y permanencia.

## 3. Responsabilidades

### Director:

- Verificar el cumplimiento del procedimiento.
- Proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo la atención.

### 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.

### Médico Adscrito:

- Ejecutar la guía
- Participar en la revisión

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja: 3 de 15</b>

#### 4. Políticas de operación y normas.

##### Control de Cambios

Del presente documento se hará cada dos años o antes si fuera necesario, por lo cual las sugerencias y comentarios deberán dirigirse a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.

#### 5. Definición



La afasia se puede definir como una perturbación en la comunicación verbal causada por lesiones cerebrales circunscritas (Hécaen, 1977). Basándose en criterios más clínicos Kertesz (1985) la define como una alteración del lenguaje consecutiva a algún tipo de daño cerebral, caracterizado por dificultades en la producción, disminución en la comprensión y errores en la denominación (anomias). La afasia se considera un trastorno cognitivo multimodal, que afecta en mayor o menor medida a la expresión y la comprensión del lenguaje en sus distintas formas (oral, escrita y gestual).

La Afasia Acústico Agnósica se puede definir como un trastorno del lenguaje, en el cual se afecta la comprensión del lenguaje verbal por alteración del "oído fonemático". (Luria, 1964). La contribución de Karl Wernicke fue la identificación del correlato neuroanatómico en este tipo de afasia y su interpretación en la comprensión, lo cual sigue influyendo en los modelos neurobiológicos del lenguaje (Eggert, 1977).

La Afasia de Wernicke se caracteriza por tres criterios de diagnóstico principales: deterioro en la comprensión auditiva, alteración de la repetición y en la fluidez del lenguaje (Goodglass, Kaplan, y Barresi, 2001a). Este perfil está respaldado por un espectro de impedimentos neuropsicológicos que incluyen la memoria verbal de corto plazo, así como el deterioro en procesamiento acústico, fonológico y semántico.

##### 5.1 Epidemiología

Es una patología frecuente en nuestro medio, afecta a ambos sexos. Se calcula que del 1 al 1.5% de la población que sufre algún Accidente Cerebrovascular (ACV), el 40% de ellos presentará algún tipo de Afasia, siendo ésta la más frecuente de las afasias posteriores. En la División de Patología de Lenguaje del INR se presenta en un 18% del total de los pacientes adultos atendidos con problema de lenguaje. Se considera la mayor secuela o invalidez desde el punto de vista personal, social o económico.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 4 de 15</b>		

## 5.2 Sitio de Lesión

Se presenta como consecuencia de afección del área de Wernicke (1ra. circunvolución temporal, área 22 de Brodman), localizada en el hemisferio izquierdo. La mayoría de los autores incluyen dentro del área de Wernicke al primer y segundo giro o circunvolución temporal posterior, correspondientes a las áreas de Brodmann 21 y 22 (BA21 y BA22) del hemisferio izquierdo.

## 5.3 Sinónimos



Es denominada como Afasia Acústico Agnósica (Luria, 1964), Afasia de Wernicke (Goodglass y Kaplan, Kertesz, 1972), Afasia Sensorial (Hecaen y Albert, 1978).

## 5.4 Fisiopatología

La Corteza Temporal Izquierda lleva a cabo el análisis y la síntesis de la composición acústica de la palabra lo que permite diferenciar los sonidos discretos del lenguaje, es decir los fonemas. Esta área cortical realiza la selección de los signos fonemáticos del sistema objetivo del idioma, así como la comprensión del lenguaje, lo que condiciona dificultad para distinguir fonemas de similar punto de articulación y a la vez repetirlos haciendo que su lenguaje se transforme en una ensalada de palabras. Luria propuso que hay una incapacidad para percibir fonemas semánticamente relevantes con contrastes dando lugar a un déficit en la decodificación fonológica del comunicado entrante (Luria, 1976; Luria y Hutton, 1977). H. Robson, K. Sage y R. Lambon (2012) realizaron estudios sobre el deterioro de la comprensión en esta afasia, mediante la comparación de una serie de estímulos fonológicos y semánticos, lo cual corroboró lo mencionado por los autores.

DeWitt y Rauschecker han propuesto que el área de Wernicke puede interpretarse mejor como dos módulos corticales: un área auditiva formadora de palabra en el sistema auditivo ventral y un área de lenguaje interno en el sistema auditivo dorsal. El deterioro de la comprensión en la fase aguda de un evento vascular se ha asociado con la hipoperfusión de las regiones temporal posterosuperior y parietal inferior izquierdas, la reperfusión de estas regiones se relacionan con mejoría en la comprensión del lenguaje.

Algunos pacientes presentan cuadros leves pues han sufrido lesiones pequeñas de la circunvolución temporal superior; por el contrario, si la lesión incluye estructuras adyacentes como la sustancia blanca subcortical y la corteza de la circunvolución supramarginal, las alteraciones son persistentes y graves.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 5 de 15</b>		



## 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 los déficit en la actividad cognoscitiva de estos pacientes, no son equivalentes si la causa es un accidente cerebrovascular o un tumor o una enfermedad degenerativa. Los de instalación súbita producen déficits más floridos que los de instalación progresiva.

La literatura reporta 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. Los accidentes cerebrovasculares son alteraciones en la irrigación sanguínea del cerebro, adoptando dos modalidades: obstrucción del flujo sanguíneo y hemorragia, presentando características clínicas diferentes. La forma predominante (75 a 85 %) la constituye el ACV isquémico, el ACV hemorrágico representa un 20 % y la hemorragia subaracnoidea entre un 5 y 8 %. 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 esta entidad es la arteria cerebral media izquierda, existiendo una notable correlación de estas áreas que conllevan a alteraciones de tipo afásico. Cada año, 15 millones de personas alrededor del mundo sufren un evento vascular, cerca de 6 millones de ellos fallecen y 5 millones de sobrevivientes presentan discapacidad, un tercio de estos casos presentan deficiencias de comunicación (Pedersen et al., 1995). En nuestro país en la primera década del siglo XXI alrededor de 40% de sujetos con ACV Isquémico fueron mayores de 75 años de edad, con un predominio discreto entre las mujeres, del total de pacientes una tercera parte correspondió a aquellos con una edad mayor o igual a los 85 años.
2. Traumatismo Craneoencefálico (TC), debido a la configuración del cráneo, el impacto de un golpe generalmente tiende a transmitirse hacia estructuras de la base del lóbulo frontal y hacia la parte anterior y medial del lóbulo temporal. Existen diferentes criterios para clasificar el TC, debe considerarse si hay fractura de cráneo, si el traumatismo es abierto o cerrado, si existe solo el efecto conmocional, el efecto del impacto, de la aceleración o desaceleración de la masa encefálica o si por el contrario hay una lesión traumática del tejido cerebral. El pronóstico de los pacientes que han sufrido un TCE ha mejorado gracias a las medidas iniciales de estabilización hemodinámica y control de la vía aérea, pero no existe todavía ningún tratamiento específico y eficaz para detener o limitar las lesiones cerebrales causadas por el traumatismo, exceptuando las medidas de control de la presión arterial y la presión intracraneal

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja:</b> 6 de 15

3. Tumores Cerebrales, una proporción importante de ellos se derivan del tejido glial y se conocen como Gliomas, los cuales representan el 50% de los tumores del Sistema Nervioso Central, sin embargo la velocidad de crecimiento y su malignidad son muy variables. Cada uno de ellos presentan manifestaciones clínicas diferentes. Los efectos de su acción obedecen a la presión que ejercen en las estructuras cerebrales adyacentes y la deformación de las mismas y a la hipertensión asociada. Los gliomas, tumores metastáticos y meningiomas son los tumores más frecuentemente observados, constituyen del 75 al 80% del total.
4. Demencias, son síndromes debidos a la disfunción de los hemisferios cerebrales, que producen desintegración de la conducta en los planos intelectual y emocional, alterando significativamente la función social y laboral. Pueden ser reversibles o irreversibles, según la causa del daño y la oportunidad del tratamiento (Rosselli, 1983).
5. Existe otro grupo de causas que puede ocasionar algún tipo de daño cerebral como son las Infecciones en el Sistema Nervioso Central, Crisis Convulsivas mal controladas, Hidrocefalia, Intoxicación de diversas causas, en nuestro medio el alcohol produce un decremento importante en tareas de memoria y en aquellas que requieren altos niveles de abstracción y conceptualización.

Dependiendo de la etiología y la velocidad de instalación del proceso patológico la sintomatología Neuropsicológica encontrada será muy variable.



### 5.6 Factores de Riesgo

Los antecedentes heredo-familiares, factores genéticos, el tabaquismo, alcoholismo, la farmacodependencia, el sedentarismo, las enfermedades sistémicas (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca), metabólicas (diabetes mellitus, dislipidemias), autoinmunes (lupus eritematoso, síndrome antifosfolípido), están entre las causas que ocasionan algún tipo de compromiso en el Sistema Nervioso Central y que secundariamente afectan la Función Cortical Superior que es el lenguaje.

### 5.7 Manifestaciones Clínicas

La afasia es un tipo particular de trastorno de la comunicación causada por el daño de una o más áreas del lenguaje en el cerebro que afecta a varias funciones, como la comprensión auditiva, la producción del lenguaje oral, la expresión, la lectura y escritura.

Los pacientes con este tipo de afasia, presentan una dificultad para el reconocimiento de las palabras, no logran distinguir las oposiciones fonológicas propias de su lengua y en consecuencia no diferencian el contenido fonológico de las palabras lo que ocasiona una "sordera a las palabras". Los pacientes tienen pobre o nula comprensión del lenguaje en cualquier modalidad

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 7 de 15</b>		

(lenguaje conversacional, reconocimiento de palabras, ejecución de acción a la orden), son incapaces de mantener la interacción.

En cambio, el lenguaje espontáneo es fluente (oraciones), no tienen problemas para la producción del habla, pero a menudo carece completamente de significado, el lenguaje es pobre y desorganizado e incluyen todo tipo de errores, como parafasias verbales, parafasias fonológicas o neologismos, tornándose, en los más afectados, en una jerga o jergafasia, se apoyan en señas, gesticulaciones para darse a entender. Se han descrito 2 variedades de jerga: fonémica (predominan las parafasias fonémicas) y neológica (predominan los neologismos). Está afectada la repetición, la denominación, el lenguaje automático, la lectura, escritura y el cálculo. La presencia de alteraciones semánticas y fonológicas han sido documentadas (Baker et al, 1981; Blumstein et al, 1977; De Renzi et al., 1972; Ogar et al., 2011; Robson et al., 2012). Este tipo de afasia se puede definir porque presenta los siguientes rasgos (Gallardo y Sanmartín 2005): velocidad de lenguaje normal; neologismos frecuentes y creaciones léxicas, dado que el sujeto no siempre es capaz de expresar las cosas con un vocabulario común; una correcta articulación fonética de las palabras; problemas en la comprensión; graves dificultades para designar objetos (el sujeto no se beneficia con claves fonémicas o semánticas) y nombrar referentes no lingüísticos relacionados con la corriente de modelos de procesamiento auditivo cortical.

Hay estudios que reportan una comparación entre hablantes afásicos y hablantes no afásicos, donde se estipula que en los primeros hay una mayor tendencia a pausar el discurso, con pausas más largas y una velocidad de habla menor.



Por su parte los grupos fónicos (parte de discurso comprendida entre dos pausas) de los pacientes afásicos son cortos, dado que no hay una continuidad discursiva mantenida a lo largo de su emisión. El estudio prosódico de las pausas se ha realizado mediante el programa de sistematización acústica PRAAT.

Hackett y Anderson demostraron en una revisión sistemática, que la depresión es la complicación neuropsiquiátrica más común en este tipo de pacientes (con una incidencia del 33%), lo cual está asociado a un peor pronóstico. Existe incerteza en cuanto a su etiología y factores de riesgo; algunos factores son reconocidos como la gravedad del ictus, grado de discapacidad y déficit cognitivo.

Kouwenhoven et al demuestran una correlación entre síntomas depresivos y la mortalidad entre los 12 y 24/12 de evolución del cuadro. De tal manera que es necesario tener un diagnóstico temprano, lo cual puede disminuir los efectos negativos sobre el proceso de rehabilitación.

### 5.8 Diagnóstico

Requiere la realización de una nota inicial que incluya: un interrogatorio lo más veraz y completo posible, recordar que en estos casos se trata de un interrogatorio indirecto, por lo que lo recomendable es que se trate de una persona cercana al paciente y que conozca los pormenores de lo acontecido, una exploración física, neurológica, un estudio audiológico.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 8 de 15</b>		

La nota deberá incluir la anamnesis del padecimiento actual, los antecedentes de importancia relacionados con la patología, el núcleo familiar, la escolaridad, ocupación, lateralidad, estado pre-mórbido, personales patológicos, una exploración física completa que incluya una exploración neurológica.

Una vez concluida la nota inicial se aplicará una Batería Neuropsicológica que evalúe las Funciones Cerebrales Superiores: praxias, gnosias, memoria, lenguaje, procesos intelectuales, lectura, escritura y cálculo. Existen varias de ellas, 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 del paciente. En los últimos años (2009) se han elaborado pruebas Neuropsicológicas diseñadas y estandarizadas en sujetos que hablan el castellano como la Evaluación de la Afasia “Puebla-Sevilla”, que evalúa 7 funciones cerebrales superiores y el Test Barcelona, entre otras.

Si el caso lo requiere se solicitarán estudios de imagen, de electrodiagnóstico, de laboratorio, interconsultas a los diferentes Servicios de la Institución hasta integrar un diagnóstico definitivo. Estudios de neuroimagen funcionales y estructurales han proporcionado evidencias para la hipótesis-acústica fonológica. Las áreas postero-superiores temporales y en particular el surco temporal superior se activan constantemente en respuesta a los estímulos fonológicos y durante las tareas de este tipo (Graves, Grabowski, Mehta, y Gupta, 2008)



## 5.9 Tratamiento

Al concluir el proceso de diagnóstico y evaluación, después de la Nota Inicial, la Evaluación Neuropsicológica, de reunir y analizar los estudios solicitados y los reportes de las interconsultas se proporcionará un Informe Clínico indicando el diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir, que incluye generalmente la indicación de iniciar terapia de lenguaje que trabaje los aspectos comprometidos de las diferentes funciones evaluadas, como el lenguaje en sus diferentes modalidades, la atención, la memoria, las gnosias, los procesos de abstracción, la lectura, etc., continuar con control médico estricto de su patología de base, apoyo psicológico o psiquiátrico, así como asistir a reuniones de pacientes y familiares.

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 y cuando el paciente se encuentre en las mejores condiciones generales.

A. Kertesz revisó 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, estas últimas revelaron una recuperación más rápida. La tasa de recuperación fue bastante similar en los diferentes tipos; esta 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



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja:</b> 9 de 15

factores pronóstico de la afasia (edad, sitio y extensión de la lesión, género, escolaridad, ocupación, tiempo en que se realizó la evaluación, inicio de la terapia de lenguaje o de otro tipo de terapia, etc.).

Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación, se definen como las técnicas, estrategias y símbolos para aumentar o sustituir el lenguaje o la escritura, suponen un avance muy significativo en el tratamiento de los sujetos con afasia. Existen técnicas y estrategias de comunicación aumentativa y alternativa, que incluyen ejemplos concretos, transcripciones de interacciones, tomando en cuenta los productos de apoyo, electrónicos y no electrónicos que pueden ser utilizados en personas con afasia. Se cuenta también con ideas clave sobre cómo maximizar las posibilidades de éxito en la intervención, enfatizando aspectos de implicación y entrenamiento en estrategias de interacción de los interlocutores con el individuo. Por otro lado, la gran diversidad en la tipología y en las formas de manifestación del trastorno hace necesaria una personalización de las ayudas utilizadas en cada caso



La rehabilitación es un proceso con un enfoque integral e interdisciplinario, la cual 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 y laboral del individuo, previniendo las complicaciones. 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 realizará una revaloración médica de acuerdo al caso para ver evolución e indicar las medidas necesarias para continuar el Tratamiento Rehabilitatorio de acuerdo al tipo de afasia, así como de las diferentes interconsultas que haya tenido el paciente. Dentro de la Institución se cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye diferentes Servicios y en particular con la Terapeuta de Lenguaje, quien informa de los avances que el paciente presenta, con la finalidad de llevar un mejor seguimiento del caso.

### 6. Criterios de Inclusión

- Pacientes que acudan e ingresen al Instituto Nacional de Rehabilitación-Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje, con sintomatología caracterizada por problema de lenguaje secundario a lesión en el sistema nervioso central.
- Interconsultas de otros Servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Género indistinto.
- Cualquier edad.
- Serán enviados al Servicio de Patología de Lenguaje, donde se revisará la historia clínica, el estudio audiológico, se elaborará una nota inicial que incluya el padecimiento actual, los antecedentes de importancia, la exploración física y neurológica, la aplicación e

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja:</b> 10 de 15

interpretación de una Batería Neuropsicológica que permita la integración de un diagnóstico Presuncional o Definitivo.

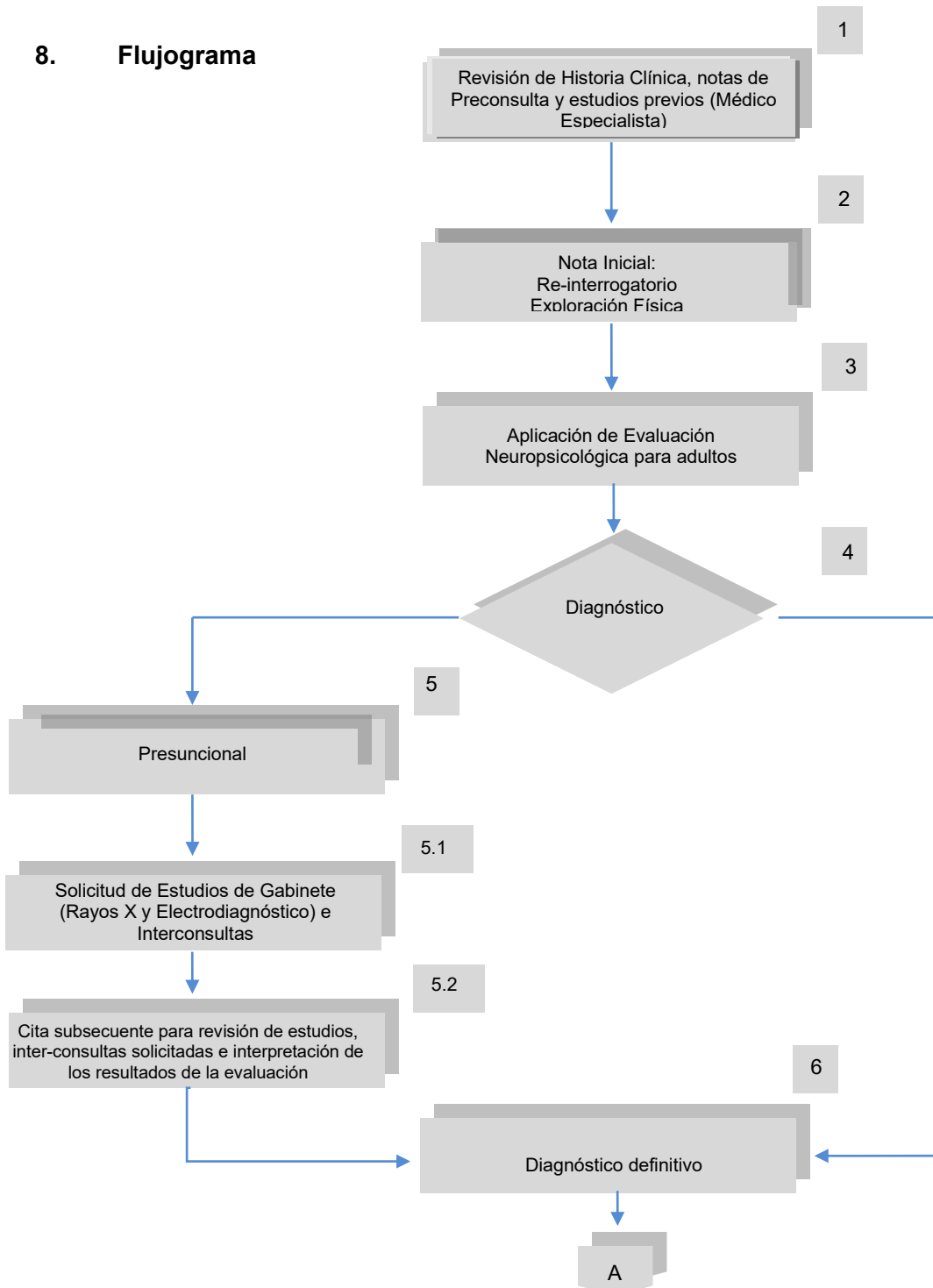
En caso de que sea Presuncional se solicitarán las Inter-consultas a los Servicios que sea necesario: Audiología, Otoneurología, Foniatría, Rehabilitación Neurológica, Cardiología, Neurología, se solicitarán estudios de laboratorio y gabinete.

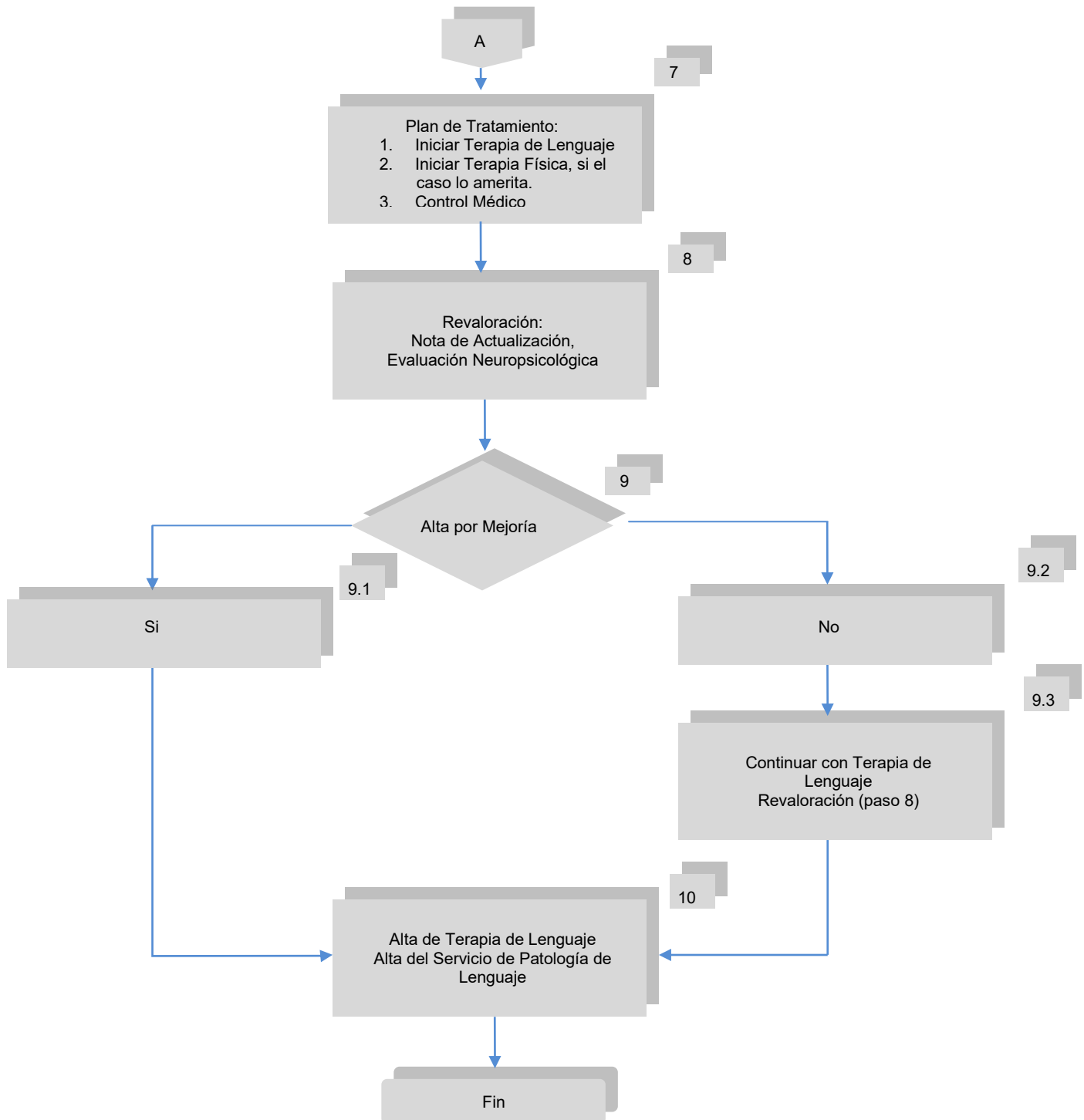
Se dará una consulta subsecuente para revisar y analizar las notas de los Servicios Interconsultados y los resultados de laboratorio y gabinete, para posteriormente dar un diagnóstico definitivo en un Informe Clínico con las indicaciones de acudir a terapia de lenguaje, terapia física, ocupacional, control médico y cita a revaloración de acuerdo a cada caso.



## 7. Criterios de Alta

Pacientes que hayan recibido Terapia de Lenguaje por 6 a 24 meses y que los avances presentados le permitan reincorporarse a sus actividades de la vida cotidiana y/o laboral dependiendo el caso.

**8. Flujograma**









	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
			<b>Hoja:</b> 13 de 15

## 9. Referencias bibliograficas y Guías clínicas específicas

1. AbadaA, Pompili A., Costa A., Trancoso I., Fonseca J., Leal G., Farrajota L., Martins I.P.: Computer Speech and Language 27 (2013) 1235–1248 Automatic word naming recognition for an on-line aphasia treatment system Speech and Language 27 (2013) 1235–1248.
2. Altschuler, Eric Lewin et al. Situational therapy for Wernicke's aphasia. Medical Hypotheses. n. 6, p. 713-716, 2006.
3. Arango Lasprilla Juan Carlos, Rehabilitación Neuropsicológica. Manual Moderno, 2006.
4. Ardila Alfredo, Ostrosky S. Feggy; Diagnóstico del Daño Cerebral, Enfoque Neuropsicológico; Editorial Trillas, 2009.
5. Ardila A, Bernal B, Rosselli M. How Extended Is Wernicke's Area? Meta-Analytic Connectivity Study of BA20 and Integrative Proposal. Neurosci J. 2016; 2016: 4962562.
6. Ardila Alfredo, Rosselli Mónica; Neuropsicología Clínica Tomo I; Prensa Creativa, Medellín, Colombia, 1992.
7. Ardila Alfredo; Psicobiología del Lenguaje; Editorial Trillas, 1983.
8. Ardila Alfredo; Neurolingüística; Editorial Trillas, 1984.
9. Ardila A., Origenes del Lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. Revista Neurológica 2006 Dec. 1-15; 43(11):690-8.
10. Ardila A., Las Afasias, capítulo 4. Universidad de Guadalajara, 2005 Primera Edición.
11. Borregon Sanz Santos, González Calero Agustina; La Afasia, Exploración, Diagnóstico y Tratamiento; CEPE, 1993.
12. Cabedo Nebot Adrian: Sobre algunos factores prosódicos en pacientes con afasia de Wernicke. PHONICA, vol. 5, 2009, pag. 3-32.
13. 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.
14. Camoes Barbosa A., Sequeira Medeiros L., Duarte N., Morais J., Mendes M., Meneses C.: Afasia y depresión post-ictus: una relación predictiva. Rehabilitación (Madr). 2012; 46(1):36-40
15. Coronas Puig Pallarols M., BasilAlmirall C. Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. Volumen 33 Issue 3, July-September 2013, pages: 126-135.
16. Fernández-Travieso, J. C. Enfermedad cerebrovascular: incidencia y tratamiento actual. Revista CENIC Ciencias Biológicas, 2014; 45(3), 152-178.
17. Forkel SJ, Thiebaut de Schotten M, Dell'Acqua F, Kalra L, Murphy DGM, Williams SCR, et al. Anatomical predictors of aphasia recovery: a tractography study of bilateral perisylvian language networks. Brain. 2014; 137: 2027–39
18. García S., Villagómez Acisclo de J., Enfermedad Vascular Cerebral. Actualidades en Medicina Interna, Número 5, suplemento de la Revista de la Asociación de Medicina Interna de México, 2015.
19. 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.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 14 de 15</b>		

20. 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
21. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto, serie de Guías Clínicas Minsal No. 37, Septiembre 2007, República de Chile, Ministerio de Salud.
22. Goodglass Harold, Kaplan Edith; La evaluación de la Afasia y de Trastornos relacionados; Editorial Médica Panamericana, 1986.
23. Junqué C., Bruna O. y M. Mataró, Neuropsicología del Lenguaje, Masson, Barcelona, 2004.
24. Kolb B., Whishaw I. Q., Neuropsicología Humana, University of Lethbridge, 5ta. Edición, Editorial Médica Panamericana, 2003.
25. Lesser Ruth; Investigaciones Lingüísticas sobre la Afasia; Editorial Médica y Técnica, 1983.
26. Luria A., R. Las Funciones Corticales Superiores del Hombre; Distribuciones Fontamara, 1986.
27. Luria A., R. Fundamentos de Neurolingüística; Editorial MASSON.
28. Luria A., R., Cerebro y Lenguaje, Editorial Fontanella, 1978.
29. Ostrosky F., Ardila A., Chayo R., Rehabilitación Neuropsicológica, Conceptos y tratamientos básicos para la rehabilitación del daño cerebral. Editorial Planeta M. R. técnicos, 1996.
30. Ortiz Alonso T., Neuropsicología del Lenguaje; CEPE, 1995.
31. Parkin Alan J., Exploraciones en Neuropsicología Cognitiva. Editorial Médica Panamericana.
32. Peña Casanova Jordi; Manual de Logopedia; 3ra. Edición; Editorial Masson.
33. Peña-Casanova, Jordi. Neurología de la conducta y neuropsicología. 2007: Ed. Médica Panamericana.
34. Peña Casanova J., Barraquer Bordas LI; Neuropsicología; Ediciones Toray S. A., Barcelona, España. 1998
35. Peña Casanova J., y M. Pérez, Rehabilitación de la Afasia y Trastornos Asociados, MASSON, Barcelona, 1995.
36. Peña Casanova J., GaramuntFombuena N., GichFullá J., Test Neuropsicológicos, Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Editorial Masson, 2004.
37. Peña Casanova J., Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica "Test Barcelona", MASSON1991.
38. Quintanar Rojas L., López Cortés A., Lázaro García E., Solovieva Y., Evaluación Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla. Datos en Población Normal.
39. Quintanar Rojas Luis; Modelos Neuropsicológicos en Afasiología, Aspectos Teóricos y Metodológicos; Facultad de Psicología de la BUAP; 1994.
40. Quintanar Rojas L., Solovieva Y., León Carrión J., Evaluación Clínico Neuropsicológica de la Afasia Puebla – Sevilla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Mayo, 2011.
41. Robson, H., et al., Arterial spin labelling shows functional depression of non-lesion tissue in chronic Wernicke's aphasia, Cortex, 2016. (In press) <http://dx.doi.org/10.1016/j.cortex.2016.11.002>
42. Robson H., Sage K., Lambon Ralph M.A. Wernicke's aphasia reflects a combination of acoustic-phonological and semantic control deficits: A case-series comparison of

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-33
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DE LENGUAJE</b>		<b>Rev. 04</b>
	<b>Hoja: 15 de 15</b>		

- Wernicke's aphasia, semantic dementia and semantic aphasia. *Neuropsychologia* 50 (2012) 266– 275.
43. Robson H., Grube M., Lambon Ralph M.A., Griffiths T.D., Sagea K. Fundamental deficits of auditory perception in Wernicke's aphasia. *Cortex* 49 (2013) 1808 – 1822.
  44. Robson H., Keidelb J.L., LambonRalpha M.A., Sagea K. Revealing and quantifying the impaired phonological analysis underpinning impaired comprehension in Wernicke's aphasia. *Neuropsychologia* 50 (2012) 276– 288.
  45. RiusUmpierrez Elisa, Guía Práctica Clínica, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas. 2da.Edición, enero 2007, Barcelona.
  46. 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.*
  47. Ruiz-Sandoval, J. L., Cantú-Brito, C., Chiquete, E., Parra-Romero, G., Arauz, A., Villaseñor-Cabrera, T. D. J., & Ramos-Moreno, A. Enfermedad vascular cerebral isquémica aguda en mayores de 75 años en la primera década del siglo XXI en México. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 2017; 18(1), 42-53.
  48. Villodre C., R., Morant G., A., Intervención multidisciplinaria en Afasias. Instituto de Neuro-Rehabilitación y Afasia INIA NEURAL, Valencia, España.

## 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