

Afasia global. Documentación de 3 años tratamiento desde la fase aguda a crónica

Maccarena Paz Venegas-Mahn

Unidad de Pacientes Críticos y Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HCUCH

SUMMARY

Aphasia as a sequel to stroke is present between 14-28% worldwide and in 20% in the Chilean population. The most serious form is called global aphasia, with a severe alteration of the comprehensive and expressive language, with a poor communicative prognosis and quality of life for the patient and families. The objective of this case is to describe the evolution of a person with global aphasia from the acute phase to 3 years of speech therapy treatment, who achieved a successful evolution of their language, communication and quality of life. This paper presented anamnestic data of the case, initial and systematic evaluation of linguistic functions and impact on quality of life, and the results that document its progress in 3 years. Also, this case is described dynamic person-centered treatment and methodology to start in the acute phase with severe compromise (aphasic cocient 6/100 Cutoff 93.8) and after 3 years improve to mild-moderate aphasia (76/100 points). Progress in vitality, communication, physical and psychosocial aspects and the mean quality of life score are described quantitatively.

Fecha recepción: enero 2021 | Fecha aceptación: octubre 2021

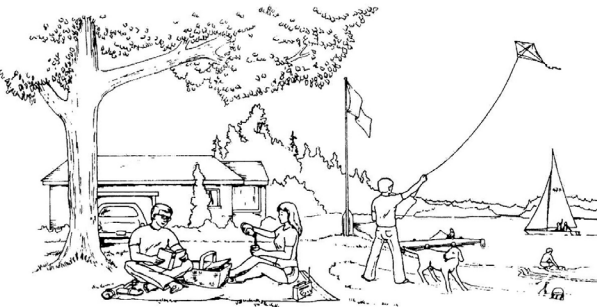
INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define el **L**ataque cerebrovascular (ACV) como “un síndrome clínico que consiste en signos de rápido desarrollo de trastornos neurológicos focales (o globales en caso de coma) de la función cerebral, que duran más de 24 horas o conducen a la muerte, sin una causa aparente que no sea una enfermedad vascular”. La afasia global (AG) es el tipo más común de afasia en el período agudo de ACV con reportes de hasta 25-32%^(1,2). Está definida como un compromiso severo de la comprensión y expresión

del lenguaje adquirido por un daño asociado a la zona perisilviana (fronto-parieto-temporal) a nivel cortical y subcortical⁽³⁾.

Guías internacionales recomiendan que la evaluación y rehabilitación sean realizadas por un fonoaudiólogo⁽⁴⁻⁸⁾. Estas incluyen diversos instrumentos de tamizaje y evaluación para ACV⁽⁹⁾, los que ayudan a definir subtipo sindromático y severidad, utilizando una evaluación clínica y pruebas recomendadas por guías internacionales^(5,9,10). Ver Tabla 1.

Tabla 1. Instrumentos de evaluación clínica de personas con afasia más utilizados e información relevante^(11,12)

<p>Western Aphasia Battery - Lamina descripción^(11,12)</p>  <p>Posterior a su aplicación se obtienen valores numéricos llamados cocientes, los que tienen el siguiente significado:</p> <p>Cociente Afásico (AQ): Considera el total de las secciones de comprensión y expresión del lenguaje. 40% del puntaje es derivado de las escalas de lenguaje espontáneo. El puntaje máximo posible es de 100 (sujetos con lenguaje preservado) y el puntaje de corte es 93,8.</p> <p>Cociente de Lenguaje o Lectoescritura (LQ): Está compuesto por subtest de lenguaje, pero además incluye la lectura y la escritura. El puntaje máximo es 100 y el corte es 95,1 puntos.</p> <p>Cociente cortical (CQ): El CQ considera todos los subtest, verbal (comprensión, expresión, lectura y escritura) y no verbal (capacidad gestual, dibujo, construcción cubos, matrices progresivas coloreadas de Raven y cálculo). El puntaje máximo es 100 y el corte es 94,3 puntos.</p>	<p>Test de Boston - escala severidad⁽¹³⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausencia lenguaje 1. Expresiones mayormente incompletas, gran necesidad de interferencias, ayudas y adivinación por parte del oyente. El peso de la conversación recae en el oyente. 2. La persona puede con ayuda del examinador sostener conversaciones familiares. Hay fracasos al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación. 3. El paciente puede referirse a todos los temas de la vida diaria con poca ayuda; sin embargo, el déficit expresivo o comprensivo hace casi imposible hablar de algunos temas. 4. Hay alguna pérdida obvia de fluidez o de facilidad de comprensión, sin limitación significativa de las ideas expresadas o de la forma de expresión. 5. Mínimos errores en el habla, puede presentar errores subjetivos no evidentes para el oyente. <hr/> <p>Escala calidad de vida SAQOL-39⁽¹⁴⁾</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: No puede hacerlo 2: Mucha dificultad 3: Moderada dificultad 4: Poca dificultad 5: Ninguna dificultad <p>No existen parámetros para interpretar el resultado numérico de la escala SAQOL-39. Es útil en comparación intrasujeto.</p>
--	---

La rehabilitación específica para la AG ha evolucionado a partir de la experiencia y la literatura^(7,15). La eficacia de la terapia de lenguaje para las personas con AG después del ACV aún no está probada. Algunos datos reportan mayores costos y tasas de recuperación más lentas en comparación a otras afasias; sin embargo, algunos datos muestran beneficios significativos en la participación comunicativa cuando son parte de un programa integral de rehabilitación^(7,16) con mejoras en tratamientos con enfoque ecológico o basado en la conversación en combinación con terapia intensiva, cuyo tiempo es de 6 meses con 130 sesiones de 45 a 60 minutos⁽¹⁷⁾.

La complejidad de los pacientes con AG radica en que no sólo presentan una alteración lingüística. Autores plantean que estos pacientes presentan un declive de reglas lingüísticas subyacentes en combinación con las operaciones cognitivas necesarias para el lenguaje, lo cual hace necesario no sólo terapias tradicionales de lenguaje, sino que enfoques no lingüísticos, visual-gestuales y cognitivos para rehabilitarlos⁽¹⁸⁾, lo cual implica un desafío para el fonoaudiólogo.

En términos de pronóstico, el predictor más fuerte de recuperación es la gravedad inicial de la afasia junto con el sitio y el tamaño de la lesión, de modo que una mayor gravedad se asocia con una peor

recuperación. La influencia de otros factores, como la edad, género, años de escolaridad, lateralidad u otros es menos clara^(1,19,20). Por otro lado, los factores que pueden afectar negativamente incluyen la depresión posterior al ataque cerebrovascular y el aislamiento social^(3,21).

El presente caso describe la evolución de una persona con AG post ACV, que asiste sistemáticamente a tratamiento de fonoaudiología durante tres años y logra un impacto positivo en su función lingüística y calidad de vida. Se cuantifican sus progresos año a año, se describe la metodología de tratamiento basado en la clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF)⁽²²⁾ y Centrado en la Persona^(23,24), considerando como pilar el enfoque Supported Communication Intervention⁽²⁵⁾ que enfatiza la necesidad de comunicación multimodal, capacitación de la pareja y oportunidades para la interacción social.

DESCRIPCIÓN DE PACIENTE Y MÉTODO

Antecedentes personales paciente

Mujer de 59 años, profesora de lenguaje, activa, 17 años de escolaridad, diestra, habla sólo un idioma (español). Vive con su marido y una de sus tres hijos, adulta. Presenta antecedentes de dislipidemia, tabaquismo suspendido, parálisis facial periférica derecha antigua. Autovalente en todas sus actividades de la vida diaria (AVD). Personalidad extrovertida, sociable, con alta actividad social y laboral.

Anamnesis, descripción de caso y diagnóstico médico

El 15/01/17 debuta con hemiplejia faciobraquiocrural derecha, sin emisión de lenguaje. El estudio imagenológico confirma un ACV isquémico en territorio superficial y profundo de arteria cerebral media izquierda y parte del territorio de arteria cerebral anterior, con puntaje de ingreso de NIHSS

de 21 puntos, es decir, severidad ACV grave (puntaje entre 0-25 puntos). En su evaluación médica se describe limitaciones de actividad a nivel de AVD básicas: comunicación, alimentación, autocuidado, transferencias y marcha, y restricción de participación global. La paciente estuvo 44 días en rehabilitación intensiva y es dada de alta como parcialmente dependiente en AVD con AG grado 0 en Escala de Boston (severa).

Exploración inicial y método

En el presente caso se muestran los resultados de la evaluación fonoaudiológica realizada al mes y luego reevaluando a los 12, 24 y 36 meses.

Se evalúa clínicamente mediante la Western Aphasia Battery (WAB)^(11,12), versión adaptada al castellano, y la escala de severidad del Test de Boston⁽¹³⁾ para apoyar el diagnóstico sindrómico, apuntando a funciones afectadas y más adelante, cuando la paciente está en condiciones de responder un cuestionario de calidad de vida para sujetos con afasia por ACV, se utiliza la Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39) en su versión en castellano⁽¹⁴⁾.

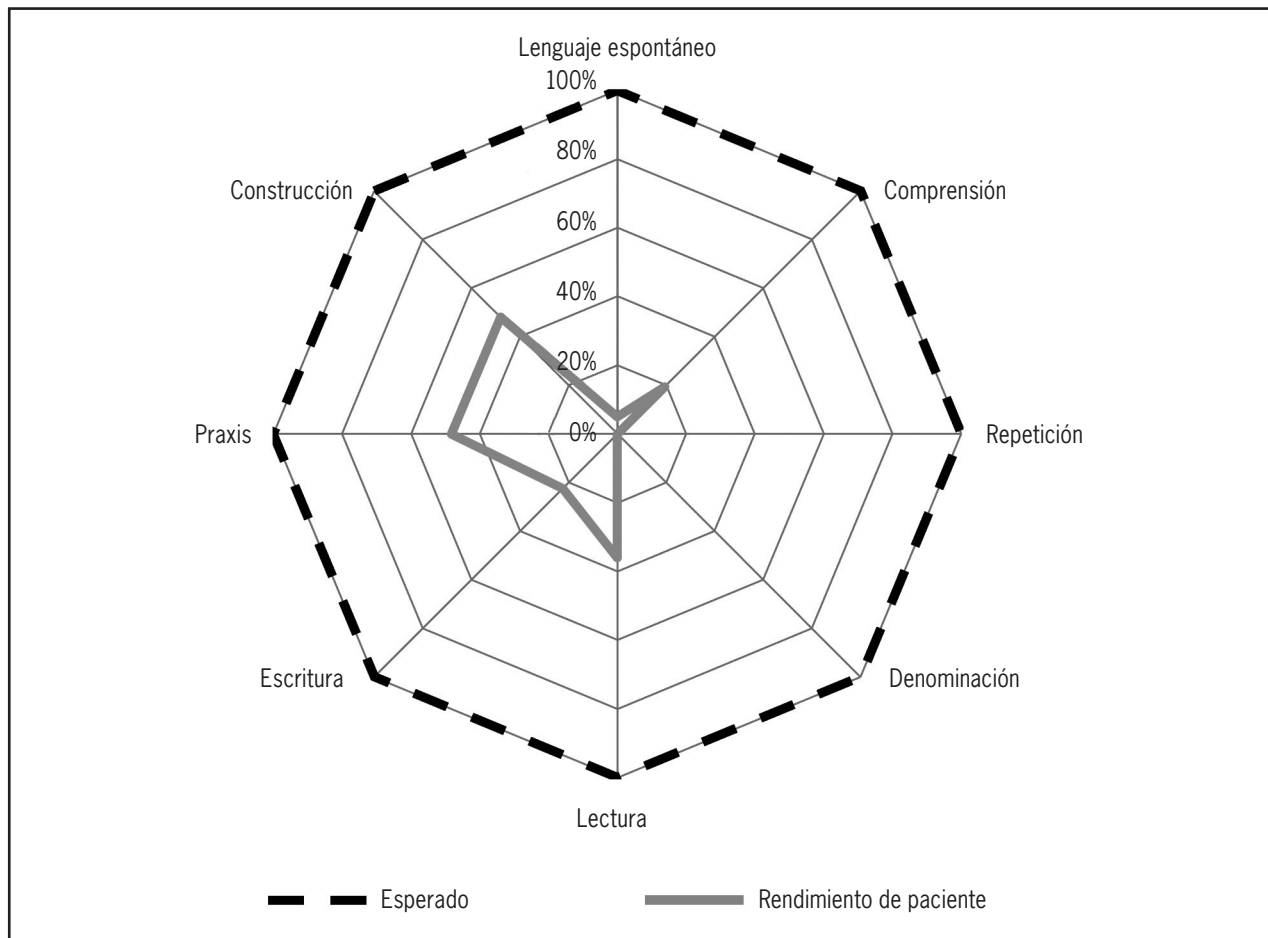
Todo lo anterior se documenta durante tres años y se describe en el presente documento con autorización de la paciente, familia, director de servicio y Comité Ético Científico e Investigación (CEIC) en seres humanos del Hospital Clínico Universidad de Chile, dando cumplimiento a los criterios de Ezekiel Emanuel, protegiendo la confidencialidad y privacidad de la información a través datos codificados y almacenamiento seguro a cargo del responsable.

RESULTADOS

Evaluación de fonoaudiología inicial (1 mes)

Evaluación formal inicial: después de 40 días de tratamiento hospitalario, previo al alta, se aplica

Figura 1. Evaluación inicial de funciones lingüísticas y no verbales con WAB al mes de evolución. Se compara resultado esperado con el obtenido con la paciente.



WAB en 3 sesiones y se obtienen los resultados expuestos en la Figura 1 y Tabla 2.

Análisis para planificación de tratamiento centrado en la persona

Luego de medir mediante WAB funciones afectadas, se realiza razonamiento clínico de las limitaciones y

restricciones. Se complementa con entrevista a familiares y paciente respecto de preferencias personales, con énfasis en identificar actividades importantes en el entorno actual y las características personales/ambientales que facilitan o restringen su participación comunicativa. Se establece el pronóstico lingüístico “pobre” por extensión de la lesión y gravedad de

Tabla 2. Evaluación inicial con WAB al 1er mes de evolución con cociente afásico, cortical y lectoescritura

Resultado WAB	Óptimo	Obtenido	Significado
C. Afásico	100	6	Déficit severo
C. Cortical	100	21	Déficit severo
C. Lectoescritura	100	29	Déficit moderado a severo

la afasia, y se discuten expectativas, adaptación de familiares y planificación terapéutica, acordando compromisos y responsabilidades junto con objetivos centrados en las necesidades del paciente y entorno. Ver Tabla 3 respecto de la evaluación mediante CIF.

Con este primer paso, se procede a realizar la síntesis diagnóstica de una persona con AG y su rehabilitación. Ver Tabla 4.

Reevaluación fonoaudiológica 12, 24 y 36 meses y replanteamiento de objetivos

Posteriormente a 12, 24 y 36 meses de tratamiento, se reevalúa con WAB (estructura y función) y SAQOL-39 (actividad y participación) para replantear diagnóstico y objetivos. Se informan los diagnósticos, evolución y se definen en conjunto con la familia los objetivos centrados en la paciente. Los resultados se muestran comparativamente en las Figuras 2 y 3.

Tabla 3. Análisis de la evaluación fonoaudiológica integral en una persona con condición de salud de afasia global post ACV de acuerdo con el marco de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) de la OMS⁽¹⁷⁾.

ESTRUCTURA Y FUNCIÓN	ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN	FACTORES PERSONALES Y AMBIENTALES
<p>RESULTADOS WAB^(11,12)</p> <p>C. AFÁSICO 6/100 Nominación: nula Comprensión auditiva: 20/100 Repetición: 0/100</p> <p>C. LECTOESCRITURA 29/100 Escritura: 23/100 Lectura: 36/100</p> <p>C. CORTICAL: 21/100 Praxis: 29/60 Construcción: 17/30 Cálculo: 10/24 RAVEN :15/36 (11,50 min)</p> <p>EVALUACIÓN SEMÁNTICA</p> <p>Comprensión pantomima: 16/30</p> <p>SÍNTESIS</p> <p>Expresión oral reducida a estereotipia, con mínimos automatismos. Sin palabras aisladas y bloqueos articulatorios.</p> <p>Comprensión auditiva no lograda para órdenes simples con compromiso moderado a severo, con alteración semántica moderada. La repetición y acceso al léxico era nula.</p> <p>Lectoescritura y canal no verbal comprometido moderado a severo.</p> <p>Lectura y copia son la función con menor daño.</p>	<p>ESCALA CALIDAD DE VIDA. SAQOL-39⁽¹⁴⁾</p> <p>Total: (46/195 pts.) 1,1 Vitalidad: 1,1 Comunicación: 1 Psicosocial: 1 Físico: 1,1</p> <p>SÍNTESIS</p> <p>Limitación severa de la expresión oral y escrita.</p> <p>Limitación severa a moderada de la comprensión del lenguaje auditivo y leído.</p> <p>Limitación severa de otros canales comunicativos, como dibujo, gestos, lectura y escritura.</p> <p>Restricción de comunicación en contexto hospitalario, familiar, social y laboral.</p> <p>Autopercepción de no poder realizar tareas físicas ni de comunicación con impacto global en la vitalidad y comunicación.</p>	<p>FACTORES PERSONALES⁽²²⁻²⁴⁾</p> <p>Edad: 59 años</p> <p>Comorbilidad: plejía derecha completa. Fumadora crónica suspendida. Hemianopsia homónima derecha.</p> <p>Factores negativos: afasia muy severa y expectativas poco realistas. Confianza reducida en comunicación con familiar y personas desconocidos.</p> <p>Factores positivos: alto nivel de motivación, manejo adecuado de la frustración. Parcial anosognosia. Personalidad extrovertida y deseos de independencia en interacciones sociales.</p> <p>FACTORES AMBIENTALES</p> <p>Buena red de apoyo, familia presente.</p> <p>Acceso a terapia intensiva en primera fase, 5 veces a la semana en hospital y dos veces en domicilio.</p> <p>Economía familiar organizada.</p>

Tabla 4. Diagnóstico y planificación fonoaudiológica de tratamiento en persona con afasia global etapa aguda (1 mes de evolución)

Síntesis diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia global, grado 0 escala de Boston. Ausencia de lenguaje y mínima comprensión auditiva • Apraxia del habla severa • Alexia y agrafia severa • Apraxia constructiva moderada • Apraxia ideomotora moderada
Síntesis centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia global, con ausencia de lenguaje expresivo y mínima comprensión auditiva, con afectación de otras funciones cognitivas y canales de comunicación no verbal de manera severa. • Limitación severa en comprensión y expresión del lenguaje oral y escrito incluso a nivel familiar o actividades básicas. • Restricción total en comunicación en contexto familiar, social y laboral con restricción de interacción y aislamiento parcial. • Paciente presenta buena red de apoyo, adherencia tratamiento y reserva cognitiva. Desea retomar roles de pareja, familiares y laborales. No desea vincularse socialmente aún. • Barreras: confianza, expectativas elevadas, ánimo, duelo, conflicto en roles con familiares y del hogar. Por el momento, requiere asistencia en todas sus AVD.
Tipo de terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza un enfoque restaurador destinado a mejorar las deficiencias, lo cual se centra en las funciones afectadas. • Se complementa con enfoque para compensar las deficiencias, implementando un sistema de comunicación alternativo/aumentativo o SCAA^(26,15) para reducir las limitaciones inmediatas de actividades y participación comunicativa a nivel familiar y hospitalario.
Duración y frecuencia de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • 5 veces a la semana por Fonoaudiología • Terapia Ocupacional 3 veces a la semana • Actividades de refuerzo en el hogar todos los días
Objetivos y metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar y compensar el lenguaje expresivo y comprensivo junto con habilidades comunicativas y funciones no verbales. • Satisfacer necesidades comunicativas básicas, reducir barreras, aumentar facilitadores. • Aumentar participación familiar y adaptación biopsicosocial del entorno y persona. • Incrementar la comunicación no verbal y comprensión auditiva, mediante la terapia de acción visual (TAV)^(15,18), que consiste en incrementar la capacidad de los sujetos con pobreza verbal en la producción de gestos representacionales con el propósito de una comunicación funcional y posteriormente con el programa de estimulación de comprensión auditiva de Schuell, que incluye un orden jerárquico de estímulos, tareas y órdenes. • En paralelo, incrementar rendimiento en funciones básicas como atención, funciones visuoespaciales, búsqueda, selección visual y memoria de trabajo verbal mediante enfoque cognitivo. • Incrementar comunicación funcional mediante SCAA basado en imágenes y palabras funcionales, añadiendo semanalmente fichas de información personal, días, meses, números de calendario, nombre de familiares, objetos frecuentes, lugares y un alfabeto. • A nivel expresivo, reducir su estereotipia, mediante el aumento del lenguaje automático y desbloqueo de la apraxia del habla. Se trabaja mediante la terapia de entonación melódica^(3,18), que usa la melodía y el ritmo del hemisferio derecho, aparentemente conservado para acceder al lenguaje del hemisferio izquierdo. Al tener comprensión auditiva suficiente se implementa el programa para reducir

la perseveración afásica (TPA)⁽¹⁸⁾, el cual arroja resultados positivos, aumentando la capacidad de acceder al léxico y disminuyendo las perseveraciones en situaciones controladas, las que fueron reemplazadas por la palabra “ayuda”.

- La lectoescritura y la repetición fueron trabajadas siempre incluidas o en paralelo a otras terapias. Fueron utilizadas para maximizar de manera multimodal funciones de repetición y lenguaje oral.
- La copia conservada fue utilizada como instrumento de reorganización funcional. Esto constituía una recomposición mental de la imagen visual de la palabra o sílaba, hasta incorporarla en sus esquemas de acción. Por otro lado, se fortalecía esta red mostrando la palabra escrita, pareándolo al estímulo visual y posteriormente, asociando la forma sonora, con lo que se busca constituir un puente entre el lenguaje escrito y oral.
- Terapia informatizada: en cuanto fue posible se asignaron 2-3 veces a la semana, con programas específicos, tareas dirigidas de asociación semántica, atención y memoria visual. Posteriormente se añadió pareo de palabra escrita con modalidad auditiva y visual.

- **12 meses de tratamiento:** los diagnósticos posteriores y cambios de objetivos se ordenan en la Tabla 5.
- **24 meses de tratamiento:** la paciente a esta altura ya posee habilidades no verbales suficientes para utilizarlas como recursos de comunicación. Presenta buen rendimiento en la comprensión escrita y auditiva; sin embargo, a nivel expresivo y a pesar de los importantes

avances, se encuentra con limitación en lenguaje oral con necesidad aún de compensar la dificultad a través de la libreta de comunicación o requerir facilitadores por parte de los familiares para iniciar expresión oral. Ver Tabla 6 para valorar los cambios en diagnóstico y tratamiento fonoaudiológico.

- **36 meses de tratamiento:** actualmente mantiene principal limitación en expresión oral, com-

Figura 2. Resultados de reevaluación con WAB que muestran comparativamente el rendimiento de cociente afásico, cortical y de lectoescritura desde la evaluación inicial hasta el final del tratamiento (meses 1, 12, 24, 36)

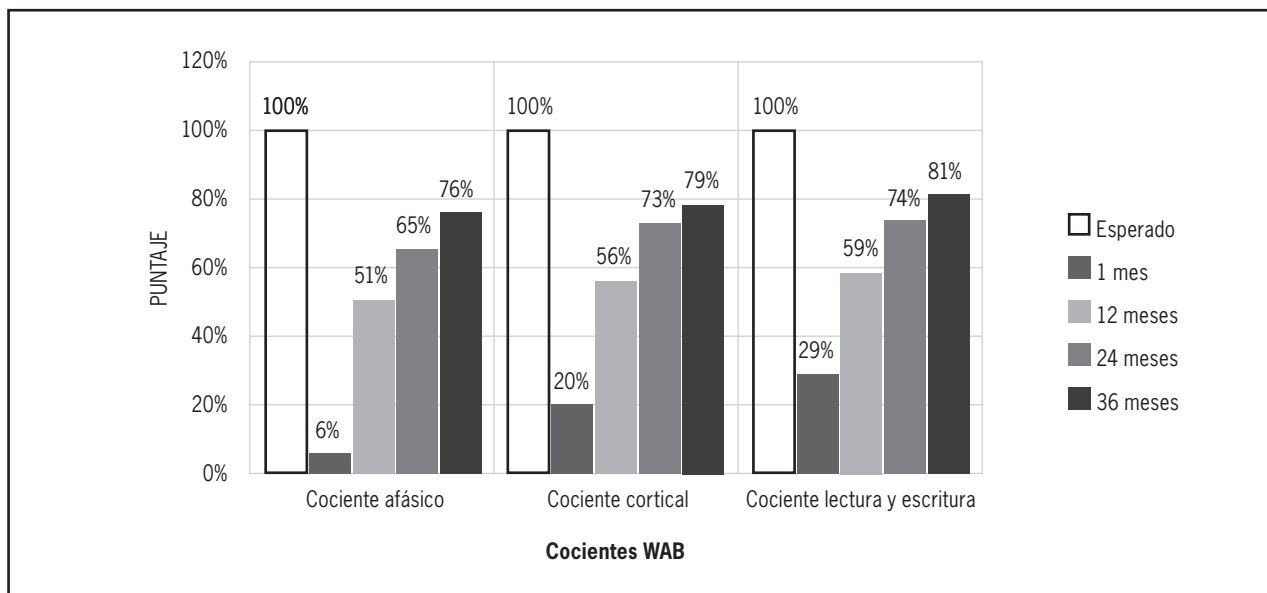
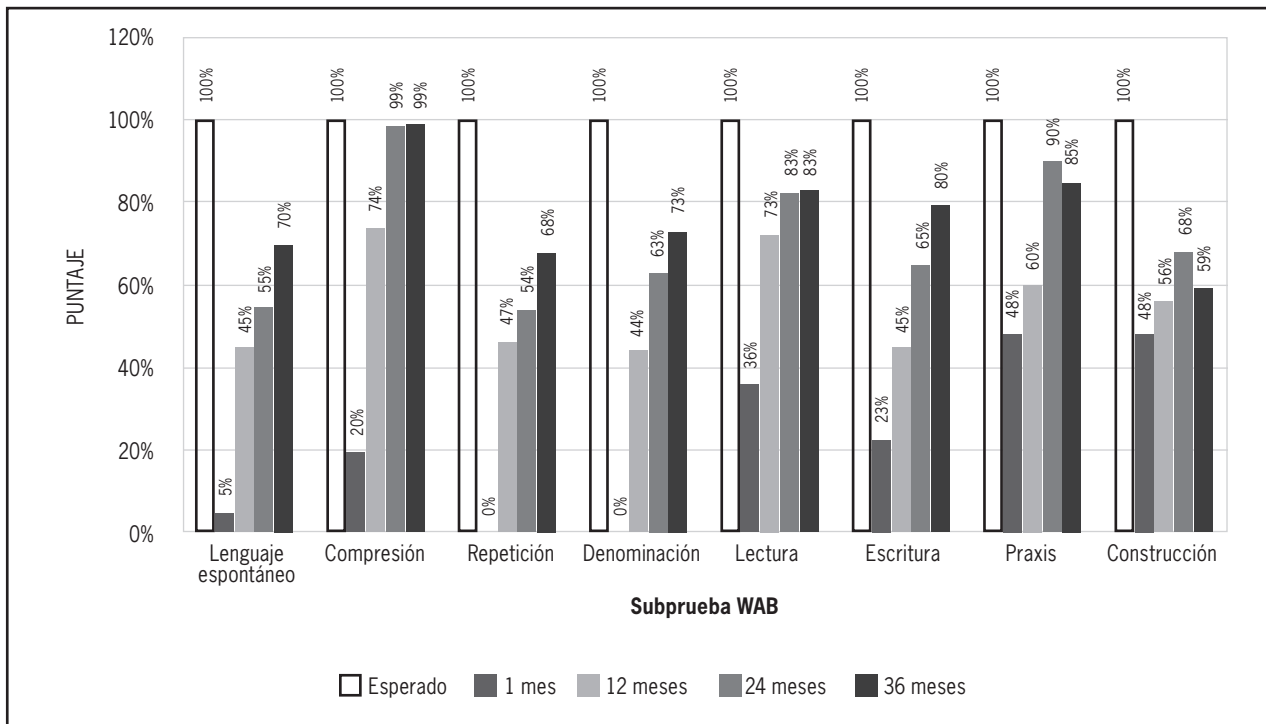


Figura 3. Resultados de reevaluación con WAB que muestran comparativamente el rendimiento de subítems verbales y no verbales desde la evaluación inicial hasta el final del tratamiento (meses 1, 12, 24, 36)



pensada mediante otros canales de comunicación y sin limitación en expresión gestual, no verbal y parcialmente a nivel escrito logrado a nivel de comprensión de información escuchada y leída. A pesar de lo anterior, reporta poca dificultad en la comunicación familiar y social con el núcleo ya entrenado. Ver en Tabla 7 nuevos diagnósticos posteriores y objetivos. Se conversa con equipo médico, multidisciplinario y con familia la preparación del alta hospitalaria.

Calidad de vida

Este caso debuta con una persona con restricción total en la participación de AVD familiares y social. Después de 3 años de evolución, a pesar de persistir una afasia de Broca con limitación moderada en expresión oral, presenta poca dificultad en aspectos físicos y psicosociales, parcial dificultad en comunicación y autopercepción total de vitalidad. Ver en Figura 4 la evaluación numérica de

dominios a nivel de calidad de vida y en Tabla 8, objetivos fonoaudiológicos replantados conforme a las necesidades y deseo de paciente y familiares.

DISCUSIÓN

Los resultados de este caso de una persona con AG que inicia con cociente afásico de 6 hasta lograr 76 puntos en 3 años, sirven de antecedente para fonoaudiólogos, centros de rehabilitación, pacientes y familiares para plantear que una rehabilitación oportuna e intensiva destinada a aspectos no verbales, expresivos, comprensivos y ecológicos produce mejoras incluso en los casos más severos.

El valor de la evaluación fonoaudiológica con pruebas cuantificables que permitan medir el avance es fundamental, junto con pruebas de calidad de vida, lo que permiten centrar el tratamiento en la persona, sus interacciones en diferentes contextos y mantener su adherencia.

Tabla 5. Diagnóstico y planificación de tratamiento fonoaudiológico después de la reevaluación posterior a 12 meses de tratamiento

Síntesis diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia Broca, grado 1. La comunicación se efectúa totalmente a partir de las expresiones incompletas, necesidad de inferencia, preguntas y adivinación por parte del oyente. El caudal de información que puede ser intercambiado es escaso y el peso de la conversación cae en el oyente. • Apraxia del habla moderada • Alexia moderada a leve • Agrafía moderada • Apraxia constructiva leve • Apraxia ideomotora leve
Síntesis centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia Broca, con limitación moderada a severa en lenguaje oral, moderada a nivel escrita, ya no presenta limitación en comprensión de información auditiva o escrita. • Alguna restricción en comunicación en contexto familiar, pero alta a nivel social con restricción de interacción. • Ha logrado retomar roles de pareja, familiares e independencia en actividades personales, sólo requiere asistencia mínima por dificultad motora. Presenta interés en vincularse socialmente con algunas personas conocidas y tomar decisiones en el hogar. Desea incrementar confianza social en contextos protegidos; por el momento, acompañada.
Tipo de terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene un enfoque restaurador especialmente en expresión oral y escrita, utilizando como instrumento la lectura oral y repetición. • Se mantiene el uso de SCAA como método compensatorio, pero en paralelo se implementa una libreta de comunicación de bolsillo por el uso espontáneo y gradual que la paciente comenzó a adquirir de la escritura como método de comunicación y porque a la vez ésta facilita la expresión oral.
Duración y frecuencia de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantuvo 5 veces a la semana. • Actividades de refuerzo en el hogar todos los días.
Objetivos y metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar el lenguaje oral y escrito principalmente. • Continuar aumentando la lectura para lograr comprensión a nivel de discurso e incrementar aún más la memoria operativa verbal y repetición. • En la producción oral, se planteó continuar con aumento acceso al léxico, palabras alta y baja frecuencia graduadas, verbos (<i>gestural facilitation of naming</i>)⁽²⁷⁾ e incorporar algunas frases sociales y otras estructuras. • Incrementar habilidades de comunicación funcional para las interacciones sociales, por ejemplo, saludos, etiqueta social y preguntas cortas / oraciones simples con familiares y cercanos. • Incrementar estructura argumental a través del programa de producción de oraciones para afasia (<i>entence production program for aphasia o SPPA</i>)^(18,28) un programa de tratamiento preescrito diseñado para ayudar en la producción de tipos de oraciones específicas. A medida que llega a niveles más altos se incorpora el RET o <i>reponse elaboration training</i>⁽²⁹⁾ junto con descripción de escenas con ayuda escrita y clave fonémica. • En paralelo siempre se mantiene trabajo cognitivo atencional a través de terapia informatizada y se incrementa la repetición con longitud de hasta 5-6 palabras. • A nivel de lectoescritura se incrementa escritura espontánea de palabras frecuentes, verbos y frases cotidianas. La lectura oral fue trabajada con el programa Reading for Language in Aphasia (ORLA)^(15,30) adaptado, con la práctica repetida de lectura de oraciones en voz alta con el terapeuta para incrementar la comprensión lectora mediante rutas de lectura fonológica y semántica.

Tabla 6. Diagnóstico y planificación de tratamiento fonoaudiológico después de la reevaluación posterior a 24 meses de tratamiento

Síntesis diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia Broca, grado 2. La persona puede con ayuda del examinador sostener conversaciones familiares. Hay fracasos al intentar expresar una idea, pero el paciente comparte el peso de la conversación • Apraxia del habla moderada compensada • Alexia leve • Agrafía moderada a leve • Apraxia ideomotora leve
Síntesis centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia Broca, con limitación moderada en lenguaje oral, leve-moderado a nivel escrita. • Sin restricción en comunicación en contexto familiar y poca a nivel social con núcleo conocido y cercano. Mínima restricción de interacción social con personas conocidas, pero aún restricción de independencia social. • Ha logrado retomar roles de pareja, familiares y sociales correspondientes a su rutina previa (acude a conciertos, peluquería, viaje con amigas, compras, entre otros), las que son realizadas con acompañante. También organiza su hogar y participa en decisiones familiares. Presenta interés en vincularse de manera independiente socialmente y disminuir asistencia de este tipo. • A nivel social su principal canal de comunicación es con apoyo de escritura. A pesar de los avances en lenguaje oral no se han generalizado del todo en su interacción social.
Tipo de terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque restaurador especialmente en expresión oral y escrita, pero ya más dirigida a actividades y/o contextos dirigidos y mantención de logros en lectura oral, repetición y escritura como instrumento terapéutico. • Enfoque compensatorio para continuar incrementando comunicación funcional, mediante entrenamiento a <i>partners</i> de la comunicación. El SCAA ya no es utilizado; fue reemplazado por la paciente por la libreta de comunicación.
Duración y frecuencia de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • 3 veces a la semana y 2 Terapia Ocupacional. • Refuerzo en el hogar como mínimo 2 veces a la semana.
Objetivos y metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Maximizar el lenguaje oral a nivel gramatical y escrito principalmente, pero con expectativas aterrizadas y concretas. A nivel específico, se mantiene el trabajo de aumento de acceso al léxico de sustantivos, verbos y nombres junto con frases sociales. • Incrementar producción oral de frases y oraciones a través del RET o <i>response elaboration training</i>⁽²⁹⁾, un enfoque diseñado para aumentar las habilidades de elaboración verbal y generalizarlas para que pueda participar más plenamente en la conversación con un compañero de comunicación. • Mantener rendimiento en comprensión auditiva y lectura mediante tareas semanales de su interés, libros, artículos de interés y continuar aumento de cantidad de informaciones verbales a procesar. • A nivel de escritura, incrementar las tareas funcionales dirigidas al hogar, a nivel personal y a organización secuencial de ideas y/o aumento gradual de estructura argumental a nivel escrito a través de descripción de múltiples ideas.

El caso reporta altas ganancias lingüísticas y funcionales después de tres años de tratamiento. En todos los cocientes (verbal y no verbal) hubo mejoras significativas cercanas al 50% el primer año y después, si bien se desacelera, persisten

mejoras cercanas al 15-20% al segundo año y 10%, el tercer año. Por lo anterior, si proyectamos a largo plazo, los resultados están sobre la media respecto de pronósticos estimados. Por otro lado, en la medición de calidad de vida las mejoras más

Tabla 7. Diagnóstico y planificación de tratamiento fonoaudiológico después de la reevaluación posterior a 36 meses de tratamiento

Síntesis diagnóstica	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia Broca, grado 2-3. El paciente puede referirse a los temas de la vida diaria con menos ayuda, dependiendo del contexto y con apoyo no verbal; sin embargo, el déficit expresivo hace casi imposible hablar de algunos temas. • Apraxia del habla moderada compensada • Alexia leve • Agrafía moderada a leve • Apraxia ideomotora leve
Síntesis centrada en la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Afasia Broca moderada • A pesar de mantener limitación moderada en lenguaje oral, moderada a leve a nivel escrita, existe poca restricción en comunicación en contexto familiar y a nivel social con núcleo conocido y cercano, por la adaptación realizada en el entorno y el entrenamiento ecológico hacia actividades específicas y núcleo cercano, en combinación con el incremento de recursos lingüísticos orales, escritos y no verbales para el intercambio de la información. • Mantiene su rol activo a nivel de pareja, familiares y sociales. Ha habido una adaptación del núcleo social como amigas del colegio, padres y/o otras, lo cual le permite desenvolverse sin necesidad de esposo o hijas. Requiere cierta asistencia motora, pero ha logrado retomar confianza y su rutina
Tipo de terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Compensatoria y de mantención de logros.
Duración y frecuencia de sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Se programa en un periodo de 6-12 meses reducir gradualmente las atenciones y buscar un grupo de apoyo comunitario para mantener nivel lingüístico y rol en sociedad.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Mantención de rendimiento comunicativo expresivo, comprensivo y no verbal. • Mantención de participación social. • Apoyo salud mental para manejo de duelo. • Preparación del alta hospitalaria, mediante disminución gradual atenciones directas individuales e incremento de tratamiento grupal o actividades ecológicas de su interés como computador, celular, tablet, Netflix. Se refuerza su rol en la pintura desarrollado por Terapia Ocupacional.

contundentes son el segundo y tercer año y no, el primero, que es cuando la paciente obtuvo mayores ganancias lingüísticas. Es posible pensar que al mejorar el lenguaje, mejora también la calidad de vida; sin embargo, los resultados discrepan con aquello y llaman a reflexionar sobre la disociación entre la mejora lingüística y el real impacto en la calidad de vida. Este componente debe valorarse cuando se mida la efectividad de la terapia en personas con AG y no sólo restringir los progresos a pruebas específicas lingüísticas, lo que debiese ser una variable a considerar antes de terminar al tratamiento.

El caso discrepa con el pronóstico descrito en la literatura, en la cual se asocia un mal pronóstico en personas con AG. El desenlace positivo de la paciente se asocia a factores personales, ambientales, pero sobre todo, a la planificación de tratamiento año a año.

Los factores que potenciaron la rehabilitación fueron reserva cognitiva y actividad “profesora de lenguaje”, acceso temprano a rehabilitación intensiva, la sistematicidad y frecuencia del tratamiento, mantención de altos niveles de motivación junto con la red de apoyo, en el que resulta fundamental el rol activo, dinámico y facilitador de cónyuge e

Figura 4. Evaluación en 36 meses del impacto en diferentes dominios a nivel de calidad de vida, medidos por la escala de calidad de vida SAQOL-39 para pacientes afásicos

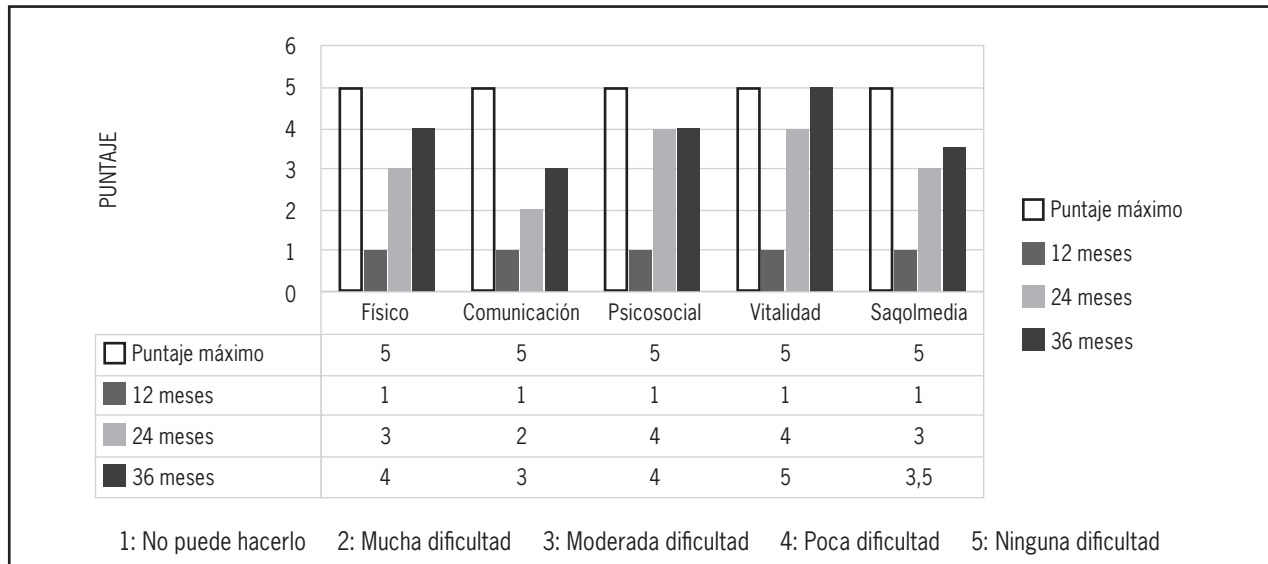


Tabla 8. Objetivos fonoaudiológicos para aumentar la a calidad de vida

Tiempo	Objetivos y metodología para actividad comunicativa y participación en diferentes contextos.
1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar comunicación en contexto familiar e intrahospitalario y satisfacer necesidades comunicativas básicas en relación a secuelas neurológicas, compensando las limitaciones expresivas, comprensivas y no verbales, mediante uso de SCAA e intervención ambiental para reducir barreras. Aumentar facilitadores. • Incrementar uso de SCAA, mediante entrenamiento a familia y la adaptación a necesidades ambientales semana a semana. También se incorporaron gestos/palabras de su interés, las que se planificaron según prioridad de la paciente, con reevaluación sistemática. • Incrementar estrategias de comunicación verbal y no verbal paciente y familia mediante entrenamiento conversacional. Las estrategias eran elegidas por la paciente e incluían dibujar, gesticular, indicar, confirmar información y resumir información. Estas fueron dinámicas, inicialmente con intentos comunicativos orales, con SCAA, alfabeto móvil y posteriormente escritura. • Incrementar su confianza, intentos comunicativos e intercambio efectivo de información al menos de solicitudes básicas, mediante capacitación al esposo y familia para facilitar comunicación centrándose en intercambio de ideas y no, exactitud lingüística. • Incrementar adaptación biopsicosocial post hospitalización, mediante una reunión familiar para mostrar los resultados. Se explican y consensuan junto con ella objetivos de tratamiento, posibilidades económicas, ajuste de expectativas. Posteriormente se realiza manejo de barreras de comunicación y factores personales/ambientales • Mantener motivación y adherencia, mediante objetivos de corto plazo y mostrando gráficas de sus avances. Se fijan objetivos lingüísticos y ecológicos con rol participativo. • Adaptar las expectativas (retorno laboral), mediante el equipo médico, explicando que “todos los pacientes con ACV deben estar en rehabilitación por un periodo entre 6-12 meses”, lo cual permitió reducir su ansiedad y organizar la rehabilitación. Por otro lado, no se enfatizó en que “no volvería a trabajar”, más bien, se intenta redireccionar sus objetivos a metas alcanzables, como lograr primero comunicación en escenarios familiares y con el esposo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar participación familiar y social en contextos protegidos, para evitar aislamiento mediante su incorporación al grupo ambulatorio de Terapia Ocupacional (en el cual, comenzó a conocer a personas con la misma situacional de salud). No se le exigió comunicarse, pero sí realizar sus actividades motoras o de vida diaria junto a otras personas. • Restablecer roles, mediante asignación de tareas posibles de cumplir en coordinación con terapia ocupacional y familiares.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar potenciando métodos compensatorios que le permitan satisfacer necesidades comunicativas. • Incrementar su confianza en situaciones comunicativas cotidianas, familiares y social nucleares como amigas o padres, capacitando a familiares para adaptaciones que permitan fomentar sus intentos comunicativos, pero que a la vez le permitan un procesamiento constante del lenguaje. • Se intenta promover algunas actividades sociales de mayor familiaridad e interés de la paciente: que asista con acompañante a lugares de su interés como café, almuerzos familiares, peluquería, junta con amigas. • Incrementar participación en actividades personales en los que requiere uso de lenguaje, como uso de teléfono (WhatsApp), <i>ipad</i>, lectura de artículos o diarios, escuchar música, otras de autonomía personal de su elección como compras de vestuario (con acompañante).
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Transferir ganancia de lenguaje oral a su vida diaria. • Mantener sus logros en actividades personales y sociales, mediante actividades de roles con esposo e hijas en actividades de su interés como peluquería, manejo básico de dinero, solicitudes hogareñas hacia cuidadora y actividades personales de vestuario o preferencias. Se complementa con el <i>script training</i> o capacitación en guiones, un enfoque funcional que utiliza el conocimiento de guiones (comprender, recordar y expresar secuencias de eventos de una actividad) para facilitar la participación en actividades personalmente relevantes. • Incrementar independencia, mediante disminución gradual de la ayuda de terceros, con un reentrenamiento para disminuir ayudas excesivas en el hogar (no sobreayudar), favorecer la ganancia de rehabilitación y promover la iniciativa y comunicación oral. • Adquirir roles para compensar la actividad laboral, ante la cual recién comienza proceso de aceptación. Se potencia con Terapia Ocupacional la ejecución de tareas la pintura.
36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar participación e interacción social premórbida en actividades fuera del hogar (conciertos, paseos, cumpleaños, peluquería, <i>mall</i>), recupera rol familiar, dirige su hogar y es activa socialmente. • Mantener su confianza para comunicarse a nivel familiar y social cercano y logra el mayor nivel de independencia posible en actividades personales, del hogar y social en contexto de la dificultad motora. • Mantener sensación de vitalidad y valoración personal. • Mantener ánimo, aceptación de duelo y reorganización familiar (no recupera rol laboral, pero éste es reemplazado por <i>hobbies</i>).

hija. Los factores negativos fueron la severidad del cuadro, tamaño de la lesión y la presencia de afasia concomitante con apraxia del habla, con compromiso no verbal moderado a severo.

Respecto de la terapia, fue clave considerar 1) Enfoque no lingüístico, visual/gestual y cognitivo en

combinación con terapias tradicionales de lenguaje; 2) Utilizar enfoque compensatorio para incrementar actividad y participación para alcanzar el nivel más alto de función independiente en la vida diaria y restaurador para estructuras y funciones afectadas; 3) Frecuencia intensiva y precoz; 4) Objetivos lingüísticos y biopsicosociales de manera

concreta con enfoque ecológico; 5) Intervenir en paciente y entorno; 6) Centrar la terapia en preferencias del paciente basado en CIF y como pilar el *supported communication intervention*⁽²⁵⁾ que enfatiza comunicación multimodal, capacitación de la pareja e interacción social; 7) Trabajo transdisciplinario con terapia ocupacional, psicología, kinesiología y equipo médico.

Respecto del tratamiento específico, el mayor desafío fue la planificación a corto y largo plazo, ya que son muchos objetivos; sin embargo, el tiempo limitado, lo que sumado a la ansiedad de paciente y familiares, genera frustración y abandono de terapia.

Educar a familiares y paciente fue clave, ya que cambiar el foco de atención centrado en los constantes intentos de expresión frustra. Direccionar su sensación de éxito en los logros comunicativos (más que articulatorios) fue clave para mejorar su ánimo y adherencia. Después de esto, es clave explicar la importancia de trabajar funciones no verbales comprensivas. Los resultados muestran que, al mejorar el canal gestual, escritura, comprensión, funciones no verbales y habilidades comunicativas, la paciente se constituye de más recursos que favorecieron la interacción social y comunicativa. Así mismo, el mejorar el nivel comprensivo permite ampliar la opción de técnicas de tratamiento específico y favorecer un autobiofeedback en su comunicación, punto de inflexión para direccionar con mayor éxito la rehabilitación a su expresión, aspectos ecológicos, recuperación de confianza, roles y relaciones interpersonales. Finalmente, un recurso terapéutico fundamental fue el uso de SCAA, que siempre es un desafío por la baja adherencia inicial. A medida que incrementaba el uso de las palabras del SCAA se lograba simultáneamente, por un lado, compensar su nula expresión

oral (satisfaciendo necesidades básicas e incrementando su participación con el entorno), y por otro lado, obtener mediante la lectura de las mismas fichas un instrumento terapéutico para acceder al lenguaje oral. Por lo tanto, sirvió como herramienta compensatoria y restauradora a la vez.

CONCLUSIÓN

En personas con AG existe tendencia a pensar en mal pronóstico, pero la documentación de este caso es un antecedente que demuestra altas ganancias lingüísticas y funcionales en diferentes fases (aguda y crónica), lo que permite plantear que el tratamiento fonoaudiológico en personas con afasia puede ser efectivo incluso en los casos más graves como la AG, siempre y cuando la complejidad de este cuadro sea correctamente analizada con una planificación centrada en la persona que considere, entre otros, una intervención temprana, combinación de tratamientos tradicionales de lenguaje junto con enfoques cognitivos no verbales, aspectos ecológicos y otras variables detalladas en la Discusión.

En este caso, se observa la disociación de los progresos entre pruebas lingüísticas versus su impacto en calidad de vida al año, lo cual invita a reflexionar sobre la importancia de fijar objetivos hacia ambos componentes de salud con un proceso dinámico.

Finalmente, la capacitación de familiares, el proveer de situaciones comunicativas constantes a la paciente y realizar terapia multimodal mediante compensación y restauración simultánea de canal gestual, escritura, comprensión, funciones no verbales y habilidades comunicativas, favorecieron la interacción social gradual, comunicativa y de calidad vida en diferentes contextos.

AGRADECIMIENTOS

*A mi querida paciente y su familia por permitirme ser su fonoaudióloga y no rendirse.
Al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Clínico Universidad de Chile.
A mi esposo, padre, madre y familia.*

REFERENCIAS

1. Pedersen PM, Vinter K, Olsen T. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis* 2004;17:35-43.
2. Godefroy O, Dubois C, Debachy B, Leclerc M, Kreisler A. Vascular aphasia: main characteristics of patients hospitalized in acute stroke units. *Stroke* 2002;33:702-5.
3. Chapey, R. Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders. 4a edición, edit. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore, US. 2001.
4. American Speech-Language-Hearing Association. Roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools. Professional Issues Statement [on line]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; 2010. [Cited 2017 May]. Disponible en [Http://www.asha.org/policy/PI2010-00317](http://www.asha.org/policy/PI2010-00317).
5. Powers WJ, William J. Powers, Alejandro A. Rabinstein, Teri Ackerson, Opeolu M. Adeoye, Nicholas C. Bambakidis *et al.* Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2019 ;50:e344-e418.
6. Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation. Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014. Comprehensive supplement to the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. Brisbane, Queensland: CCRE in aphasia rehabilitation.
7. Teasell R, Salbach NM. Rehabilitation to improve language and communication. 6th Edition - 2019 UPDATED. Heart and Stroke Foundation Rehabilitation and Recovery following Stroke Canadian Stroke Best Practice Recommendations.
8. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
9. Rohde A, Worrall L, Godecke E, O'Halloran R, Farrell A, Massey M. Diagnosis of aphasia in stroke populations: A systematic review of language tests. *PLoS ONE* 2018;13:e0194143.
10. Gialanella, B. Aphasia assessment and functional outcome prediction in patients with aphasia after stroke. *J Neuro* 2011;258:343-9.
11. Kertesz A, Poole E. The aphasia quotient: the taxonomic approach to measurement of aphasic disability. *Canad J Neurolog Scienc* 1974;1:7-16.
12. Kertesz A. Western Aphasia Battery Revised. San Antonio, TX: Pearson; 2007.
13. Goodglass H, Kaplan E, Barresi B. Boston Diagnostic Aphasia Examination. 3rd Ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
14. Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC. Stroke and aphasia quality of life scale-39 (SAQOL-39). Evaluation of acceptability, reliability and validity. *Stroke* 2003;34:1944-50.

15. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst* 2012. Rev 5, CD000425.
16. Bakheit, A, Shaw S, Barrett L, Wood J, Carrington S, Griffiths S *et al.* A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from poststroke aphasia. *Clinical Rehabilitation* 2007;21:885-94.
17. Denes G, Perazzolo C, Piani A, Piccione F. Intensive versus regular speech therapy in global aphasia: A controlled study. *Aphasiology* 1996;10:385-94.
18. Helm-Estabrooks. Albert M. Manual de la afasia y terapia de la afasia. Editorial panamericana 2da edición. 2005.
19. Laska AC, Hellblom A, Murray V, Kahan T, Von AM. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Intern Med* 2001;249:413-22.
20. Berthier ML. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging* 2005;22:163-82.
21. Hilari K, Northcott S. Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology* 2006;20:17-36.
22. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva, Switzerland: Geneva, 2001.
23. Baas LS. Patient- and family-centered care. *Heart & Lung* 2012;41:534-5.
24. Simmons-Mackie N, Kagan A. Application of the ICF in Aphasia. *Seminars in Speech and Language* 2007;28:244-53.
25. Patterson JP, Raymer A., Simmons-Mackie N. American Speech-Language-Hearing Association & ASHA Professional Development. Supported Communication Intervention for Aphasia. Rockville, MD: ASHA. 2006.
26. Garrett K, Beukelman D. Augmentative approaches to treatment of severe aphasia. In K. Yorkston (Ed.). *Augmentative communication in the medical setting*. Tucson, AZ: Communication Skill Builders. 1992.
26. Koul RK, Corwin M. Augmentative and alternative communication intervention for persons with chronic severe aphasia: bringing research to practice EBP briefs. 2011;6:1-8.
27. Rose ML, Rayme AM, Lanyon LE, Attard MC. A systematic review of gesture treatments for post-stroke aphasia. *Aphasiology* 2013;27:1090-127.
28. Helm-Estabrooks N, Nicholas M. Sentence production program for aphasia. Austin, TX: Pro-Ed. 2000.
29. Kearns KP. Response elaboration training for patient initiated utterances. *Clinical Aphasiology* 1985;196-204.
30. Cherney LR, Merbitz C, Grip J. Efficacy of oral reading in aphasia treatment outcome. *Rehabilitation Literature* 1986;45:112-9.

CORRESPONDENCIA

Flga. Maccarena Paz Venegas Mahn
 Unidad de Pacientes Críticos
 Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Dr. Carlos Lorca Tobar 999
 Independencia, Santiago
 E-mail: macarena.venegas.mahn@gmail.com
 Fono: 569 9610 0413

