Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
GMD
TF 2441

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGIA
ROSARIO, ARGENTINA
2022

# "ATENCION TEMPRANA FONOAUDIOLOGICA EN PACIENTES ADULTOS CON SINDROMES NEUROLINGUISTICOS DE DIVERSAS ETIOLOGIAS EN EL HOSPITAL DR. DIEGO MONTOYA DE LA CIUDAD DE LAS VARILLAS, PROVINCIA DE CORDOBA EN EL PERIODO 2018-2022"

ALUMNO:
SILVA, DAIANA VANESA

CON LA SUPERVISION DE:
LIC. FERNANDA SARACCO
LIC. CAROLINA GUDIÑO

Tesina presentada por:

Silva, Daiana Vanesa……...

Con la supervisión de:

Lic. Fernanda Saracco…….
Lic. Carolina Gudiño…….

---

Aprobada por:

……

……

……

En Rosario, a los …….. días del mes de …….. del año ……

Legajo: s-1647/1

***Dedicatorias***

*A mi familia, por el sostén y acompañamiento de siempre*
*A mis amigas por creer en mí y sentir una misma pasión*
*A mi terapeuta por darme herramientas de análisis y confianza*
*A mis tutoras por la buena disposición y ayuda brindada*
*Al equipo de talleres de tesina, en especial a Ana Clara Isaías*
*A la directora del hospital y asistente social por la apertura y calidez recibida*
*A la Universidad Nacional de Rosario por ser parte de mi vida*
*Finalmente, a DIOS.*

## INDICE

**RESUMEN** ..... 5

***A-CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO*** ..... 7

**1. INTRODUCCIÓN** ..... 8

**2. MARCO TEÓRICO** ..... 10

**2.1 Incumbencias Fonoaudiológicas** ..... 10

**2.2 Fisiología y Fisiopatología del lenguaje** ..... 10

**2.3 Síndromes Neurolingüísticos** ..... 13

**2.4 Sintomatología** ..... 20

**2.5 Etiología de las Afasias** ..... 23

**2.6 Atención Temprana Fonoaudiológica** ..... 27

**2.7 Periodos evolutivos del ACV y atención temprana** ..... 31

**2.8 Conocimiento de los profesionales sobre el rol del fonoaudiólogo en AT y trabajo en equipo** ..... 35

**2 PROBLEMA** ..... 41

**3 VARIABLES** ..... 42

**4 POBLACIÓN Y MUESTRA** ..... 45

**5 DISEÑO** ..... 46

**6 PROCEDIMIENTO, TECNICAS E INSTRUMENTOS** ..... 47

**7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS** ..... 49

***B-CONTEXTO DE REALIDAD*** ..... 50

**1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS** ..... 51

***C-CONTEXTO DE JUSTIFICACION*** ..... 60

**1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN** ..... 61

**2. CONCLUSIONES** ..... 69

**3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS** ..... 71

***Referencias*** ..... 72

***ANEXOS*** ..... 75

## RESUMEN

La presente investigación pone de manifiesto a la Atención Temprana Fonoaudiológica en pacientes adultos con Síndromes Neurolingüísticos de diversas etiologías.

La misma se llevó a cabo, en el Hospital Municipal Dr. Diego Montoya de la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022.

El principal interés de esta investigación fue detectar si dichos pacientes recibieron atención temprana fonoaudiológica en lo que respecta a las alteraciones en el lenguaje.

El objetivo central de este trabajo, fue aportar conocimiento sobre la importancia de recibir atención temprana fonoaudiológica en pacientes adultos con dificultades neurolingüísticas. Y determinar el grado de conocimiento de los profesionales de la salud en cuanto al rol del fonoaudiólogo en atención temprana.

Este estudio es de carácter descriptivo y de tipo transversal. Se recurrió al análisis de fuentes primarias a partir de encuestas a los profesionales de la salud y secundarias, con datos extraídos de las historias clínicas brindadas por la institución.

La población estuvo conformada por 30 pacientes adultos de sexo masculino y femenino que asistieron durante los años 2018-2022 al Hospital Dr. Diego Montoya, específicamente, aquellos que padecieron Accidente Cerebro Vascular (ACV) y Traumatismo Craneoencefálico (TCE). Y por 15 profesionales encuestados, que ejercen en dicho nosocomio.

Cuantitativamente se obtuvieron los siguientes resultados:

- Entre los 30 pacientes que concurrieron al Hospital con diagnósticos de ACV y TCE, 6 con Síndromes Neurolingüísticos recibieron A.T.F. en el periodo subagudo (sala) y 24 sin Síndromes Neurolingüísticos, no necesitaron A.T.F. durante los años 2018-2022. Es decir, el 100% recibió A.T.F.
- Cabe destacar que de los 30 casos investigados, 20 corresponden a etiología de ACV y 10 a etiología de TCE. Siendo un total de 67% de casos de ACV y 33% de casos de TCE.

- Además, los 6 casos que recibieron ATF, tuvieron de etiología ACV. Los 24 restantes con etiologías de ACV como TCE.
- De los 6 casos atendidos en sala, por un lado, el 83,3% (5 casos) con síntomas correspondientes al Síndrome Afásico. Se destacan los de afectación del Analizador Verbal: dificultad en la comprensión como en la elocución. Y por otro lado, el 16,7% (1 caso) con Síndrome Anártrico y síntomas correspondientes al ACMV: dificultad en la elocución.
- Por último, el 25% de los profesionales tienen un conocimiento MUY BUENO en relación al indicador “Asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE” , mientras que el 75% de los profesionales tienen un conocimiento REGULAR con respecto a los indicadores “Interconsulta con Fonoaudiología, Momento de intervención del fonoaudiólogo e Intervención del fonoaudiólogo con el paciente, familia y profesionales”.

# *A-CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO*

# 1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación estudia y analiza la atención temprana fonoaudiológica en pacientes adultos con síndromes neurolingüísticos.

La misma, se llevó a cabo en la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba. La población está conformada por los pacientes adultos de sexo masculino y femenino que asistieron durante los años 2018-2022 al Hospital Dr. Diego Montoya, específicamente, aquellos que padecieron Accidente Cerebro Vascular o Traumatismo Craneoencefálico.

Cabe aclarar, que este nosocomio es el único efector de la ciudad y referente regional de la salud pública. El principal interés de llevar esta investigación adelante es poder detectar si dichos pacientes recibieron atención temprana fonoaudiológica en lo que respecta a las alteraciones en el lenguaje. Asimismo, determinar el grado de conocimiento que poseen los profesionales de la salud de hospital referente, en relación a la labor fonoaudiológica en tales casos.

Por tal motivo, se pretende aportar conocimiento sobre la importancia de recibir atención temprana fonoaudiológica en pacientes adultos con dificultades neurolingüísticas. El cual será de interés para los pacientes, familiares, fonoaudiólogos especializados en dicha área, profesionales afines y sociedad en general.

Se entiende a la Atención Temprana como una emergencia fonoaudiológica, cuyo objetivo principal es prevenir daños lingüísticos mayores. Por tal motivo, el grado de recuperación que pueda alcanzar el paciente que presenta trastornos lingüísticos a causa de un ACV o Traumatismo Craneoencefálico se encuentra relacionado con el momento de atención, ya que si no se actúa de manera temprana, puede incidir negativamente en el pronóstico y recuperación lingüística del paciente. Se busca de esta manera que el paciente se mantenga comunicado y así evitar conductas de aislamiento, concientizando al grupo familiar sobre la importancia de continuar con el tratamiento fonoaudiológico en casos que así lo requieran.

Los objetivos son:

**Objetivo General:**

- Analizar la Atención Temprana Fonoaudiológica en pacientes adultos con Síndromes Neurolingüísticos de diversas etiologías en el Hospital Dr. Diego Montoya de la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022.

**Objetivos Específicos:**

- Describir las diversas etiologías que ocasionan Síndromes Neurolingüísticos en pacientes adultos.

- Conocer los Síndromes Neurolingüísticos que presentan los pacientes adultos luego de un ACV, Tumor o Traumatismo Craneoencefálico.

- Conocer si reciben o no Atención Temprana Fonoaudiológica los pacientes con Síndromes Neurolingüísticos.

- Determinar el grado de conocimiento de los profesionales en cuanto al rol del fonoaudiólogo en casos de Síndromes Neurolingüísticos.

# 2. MARCO TEÓRICO

## 2.1 Incumbencias Fonoaudiológicas

La Ley Nacional Nº 27.568 del **Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología** (2020), establece en el Capítulo II Artículo 2º:

> "Se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurorehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje" [1]

La fonoaudiología es una disciplina científica que tiene como fin preservar, mantener y recuperar la comunicación humana. Entre las incumbencias del profesional fonoaudiólogo se hallan las relacionadas con la evaluación, diagnóstico y tratamiento del proceso comunicativo-lingüístico y sus perturbaciones. Así como las relacionadas a las tareas de promoción y prevención de la salud. En consecuencia, nos adentraremos específicamente en lo que respecta al Lenguaje.

## 2.2 Fisiología y Fisiopatología del lenguaje

El **lenguaje** es considerado como una de las Funciones Cerebrales Superiores (FCS) junto con las Gnosias (capacidad de reconocimiento sensoperceptivo) y las Praxias (secuencias de movimientos aprendidos coordinados para un fin), es decir, que se caracteriza por ser específico del hombre, común a la especie, e individual por su génesis, producto de un proceso adaptativo como es el aprendizaje fisiológico y que a su vez sustenta a otros aprendizajes como el pedagógico.

[1] Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (27 de octubre de 2020). Ley 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542

L**a fisiología** hace referencia al proceso dinámico de la actividad de análisis y síntesis que se lleva a cabo en los analizadores del lenguaje. De acuerdo a Azcoaga (1997), el aprendizaje se hace posible gracias la Actividad Nerviosa Superior (*ANS*), los Dispositivos Básicos para el Aprendizaje (*DBA*) y una Base Afectivo Emocional (*BAE*) adecuada.[2]

La *ANS*, es la actividad real de los hemisferios, que le permite al ser humano mantener complejas relaciones con su medio.

Los *DBA*, son la motivación, atención, sensopercepción, habituación y memoria. El aprendizaje moviliza regulaciones en el sistema nervioso central que tienen carácter innato: es decir para que haya aprendizaje debe haber una situación de excitabilidad óptima. Actualmente se llama a este estado "motivación". Se requiere también una orientación de los aparatos de recepción de la información hacia la fuente de la novedad; a esto se lo llama "atención tónica" y se sabe que está subordinada a la motivación. Ya que, si hay estímulos que despiertan interés, es decir, una buena motivación desembocará en una atención sostenida. Además se necesita que el ingreso de la información se dé sin impedimentos, es decir, la "sensopercepción" debe ser normal y al suprimir los estímulos ajenos a la experiencia hablamos de "habituación" que permite mantener un tono óptimo de excitabilidad cortical. Finalmente el resultado de esta actividad, es decir, para que dicha información pueda ser utilizada posteriormente, después de haberse consolidado, quedará organizada en la "memoria de largo plazo".

La *BAE* adecuada son los niveles emocionales óptimos, estables que facilitan los procesos de aprendizajes.

**La fisiopatología** hace referencia al conjunto de procesos funcionales, pero anormales, que producen los síntomas de la patología neurológica del lenguaje. Es decir, los síntomas son el correlato visible de procesos fisiopatológicos que subyacen a los mismos. Cuando una lesión compromete la Actividad Nerviosa Superior, el primer resultado es la modificación de sus funciones. Se produce una alteración de las leyes normales de funcionamiento

[2]Azcoaga, J. E. (1974). Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico. Editorial Biblioteca Rosario.

cerebral y la sustitución de éstas por funciones anormales. Por lo tanto, el proceso sigue siendo dinámico, pero erróneo, y subyace la producción de síntomas. La lesión ocasiona una depresión funcional.[3]

De esta manera, la patología no se interpreta solamente en función de la lesión anatómica, sino que también según el grado de depresión funcional:

La hipótesis fisiopatológica permite:

1) Identificar los grados de severidad en relación con los niveles de depresión funcional en base a los síntomas que caracterizan cada nivel.

2) Postular la existencia de un sustrato fisiopatológico común a los síndromes del adulto y los retardos neurolingüísticos en el niño.

3) La elaboración de un diagnóstico fisiopatológico, en correspondencia con la fisiopatología subyacente.

Esta concepción teórica, permite interpretar la patología lingüística desde la fisiopatología, lo cual determina el **diagnóstico clínico y fisiopatológico**, luego de una evaluación exhaustiva del lenguaje. El primero hace referencia al nombre de la patología, es lo que denomina al trastorno del lenguaje del paciente, es decir si es un síndrome anártrico, afásico, mixto (o combinado) o con componente. Y el segundo, define cuales son los procesos fisiopatológicos que predominan en el cuadro, por ejemplo, es lo que determinará si hay un predominio excitatorio o inhibitorio.

En sentido general, y ampliado en el ítem síndromes neurolingüísticos. Por un lado, el Síndrome Afásico es la alteración de la comprensión, del lenguaje interior y de la organización semántica, debido a una deficiencia de la actividad combinatoria del Analizador Verbal (AV). Mientras que, el Síndrome Anártrico es la alteración de la elocución del lenguaje, por un déficit de la actividad combinatoria del Analizador Cinestésico Motor Verbal (ACMV). El Síndrome Mixto es la alteración del lenguaje con trastornos comprensivos y elocutivos. Y a su vez, puede ser síndrome afásico con componente anártrico o viceversa. Por otro lado, en relación a la tonalidad del cuadro: la lentificación del ritmo de descarga de las neuronas es una expresión inhibitoria, mientras que la aceleración es excitatoria. Las modificaciones anormales del equilibrio se manifiestan por un predominio de la excitación – que generalmente presupone

[3] Azcoaga, J. E. (1997). Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología). Buenos Aires. Editorial El Ateneo.

una insuficiencia de la inhibición interna- o bien por un predominio de la inhibición pasiva, en especial la denominada “protectora” o de “sobrelímite”. Los cambios patológicos que se dan en la movilidad corresponden a una movilidad excesiva, llamada “irradiación desordenada”, que puede afectar tanto la excitación como la inhibición, o bien a una movilidad insuficiente llamada “inercia”.

En el caso del paciente adulto con síndrome neurolingüístico, el aprendizaje fisiológico del lenguaje se ha efectuado de manera adecuada pero luego, como consecuencia de una lesión (como un ACV) se produce una desorganización de lo aprendido.

Por este motivo es que se habla de ReAprendizaje, de “volver a aprender lo aprendido”. De esta manera, los dispositivos básicos para el aprendizaje, reciben el nombre de Dispositivos Básicos para el ReAprendizaje (*DBRA*). Además, Azcoaga (1997) agrega el *Nivel de tolerancia a la fatiga*, el cual se relaciona con la atención tónica y, corresponde a mantener un nivel adecuado de receptividad de los canales sensoriales. De esta manera, propone que: “Las condiciones generales para el aprendizaje (en el caso del afásico adulto corresponde hablar de reaprendizaje) constituyen manifestaciones exteriores de dispositivos básicos” y resulta importante tenerlos en cuenta a la hora de programar la intervención fonoaudiológica.

### 2.3 Síndromes Neurolingüísticos

En el estudio de la afasia han contribuido numerosos investigadores desde distintas disciplinas, sentando las bases sobre la actual afasiología. Esta disciplina se inscribe en un marco más general, la Neuropsicología, que estudia la relación entre el cerebro y la conducta. Un posicionamiento contemporáneo permite el aporte de la Neurofisiología y la Neurolingüística. En este sentido, el análisis lingüístico de las afasias lo encontramos con Roman Jackobson y el nacimiento de la neurolingüística. Así, la afasia se reduce a los trastornos de la similaridad o a los trastornos de la contigüidad. En los primeros, la lesión implica dificultad para la selección y la sustitución. En los segundos, hay un desorden en la capacidad de formar proposiciones y de combinar entidades lingüísticas simples en complejas. Alexander Luria por su parte, enriqueció la neurolingüística, haciendo una correlación entre la tipología anatomoclínica y la tipología lingüística de las afasias, describe seis tipos de afasias: afasia

sensorial, motriz kinestésica, motriz kinética, semántica, acústico amnésica y dinámica. Sobre la base de esta clasificación, Jackobson ubica a la afasia dinámica, la motriz aferente y eferente como trastornos de la combinación (perturbación sintagmática) y las otras tres como trastornos de la selección (trastorno paradigmático). Juan E. Azcoaga, trasciende los límites impuestos por el pensamiento de la época, planteando la actividad neural como coincidencias espacio-temporales de actividad analítico-sintética sustentada sobre señales excitatorias e inhibitorias, para los cuales recuperó el término de estereotipo, y a partir de allí describió los órganos funcionales, los analizadores del lenguaje.[4]

En la afasia, los problemas varían desde dificultades para encontrar las palabras hasta una completa incapacidad para hablar. Algunas personas tienen problemas en comprender lo que dicen los demás, otras presentan dificultades al leer, escribir o al tener que operar con números. En otros casos, las personas pueden tener problemas al querer expresar lo que quieren comunicar, aunque conservan intacta la comprensión. En la afasia se debe determinar en cada paciente las alteraciones específicas del habla y del lenguaje.

Como ya se mencionó, a lo largo del desarrollo de la afasiología numerosos investigadores han propuestos diversas clasificaciones de las afasias, las cuales agrupan los síntomas de los pacientes de acuerdo con el marco teórico, la experiencia clínica y el enfoque con el que cada investigador considera el problema. Resulta importante destacar que cada paciente presenta particularidades. Es decir, los síndromes afásicos agrupan síntomas que suelen aparecer conjuntamente, pero es incorrecto considerar un listado de características que deben estar presentes invariablemente cuando se diagnóstica al paciente. De hecho, las variaciones son tan comunes que constituyen la regla y no la excepción.

Por un lado, el Método Fisiológico y Fisiopatológico, planteado por Azcoaga, propone las siguientes denominaciones:

**Síndrome Afásico**: Es la alteración de la comprensión, del lenguaje interior y de la organización semántica, que responde a una deficiencia de la actividad combinatoria del Analizador Verbal (AV), como resultado de una lesión

[4] Ithurralde, C., Ronher, M., Lenarduzzi, T., De Rosa, G. (**año**). Revisión Histórica acerca del estudio de la afasia. Cátedra Alteraciones del Lenguaje en el Adulto. Carrera de Lic. en Fonoaudiología, UNR.

que lo compromete directamente. Ésta se exterioriza por síntomas correspondientes a la descodificación semántica (la incapacidad de comprender: a nivel de la palabra, frase, texto, subtexto) y la codificación semántica. En la consideración lingüística, es la desintegración de la codificación y descodificación semántica y de la transcodificación semántica-fonológica.

**Síndrome Anártrico**: Es la alteración de la elocución del lenguaje que se caracteriza por un déficit de la actividad combinatoria del Analizador Cinestésico Motor Verbal (ACMV), generalmente consecutiva a una lesión que lo afecta directamente y que se exterioriza en síntomas lingüísticos que comprometen la síntesis de estereotipos fonemáticos (EF) y estereotipos motores verbales (EMV). Desde el punto de vista lingüístico se trata de una desorganización del código fonológico-sintáctico.

**Cuadros Mixtos**: Es la alteración del lenguaje en la cual se combinan trastornos comprensivos y elocutivos. Pueden presentarse síndrome afásico-anártrico o síndrome anártrico-afásico, según qué código se encuentre más comprometido. A su vez, el cuadro puede exhibirse con componente: síndrome afásico con componente anártrico o viceversa. En estos casos, los cuadros no son puros y se manifiestan por ser leves, de acuerdo al código menos afectado.

Por otro lado, la Neuropsicología clásica estudia la relación clínica-patología, sobre conocimientos neuro-anatómicos desarrollados en el siglo XIX por Broca, Wernicke y Lichteim, enriquecidos en el siglo XX por Dejerine y Geschwind. Este abordaje pese a sus indiscutibles límites, las críticas recibidas y los nuevos conocimientos derivados del abordaje cognitivista al estudio de los trastornos del lenguaje y de las funciones cognitivas en general, sigue siendo el más conocido y utilizado en la clínica por los terapeutas.

Tradicionalmente las formas afásicas se dividen en dos grupos, según la producción oral que puede ser fluente y no fluente. La fluencia verbal se puede evidenciar en una conversación con el sujeto. En sentido general se considera que la presencia de una sola frase de seis palabras, cada diez frases, permite hablar de afasia fluente; y los sujetos con afasia no fluente hablan con frases breves, de no más de tres palabras. Si el sujeto presenta una producción no fluente se deberá establecer si tiene una afasia de Broca, una afasia transcortical motora o una afasia global; si presenta un lenguaje fluente es necesario realizar

un diagnóstico entre afasia de Wernicke, afasia de conducción, afasia transcortical sensorial y afasia anómica.[5]

Desde dicho enfoque, se propone la siguiente clasificación:

**Afasia de Broca**: llamada también afasia motora o expresiva. La localización de la lesión se encuentra en el área de Broca (parte triangular y opercular de la circunvolución frontal inferior izquierda), incluyendo la circunvolución precentral, el segmento anterior de la ínsula y la sustancia blanca periventricular. El lenguaje espontáneo de los pacientes se caracteriza por su falta de fluidez. Se comunican utilizando palabras sueltas, y frases cortas producidas con gran esfuerzo, lentitud y dificultad. Se presentan también alteraciones fonéticas (problemas en la ejecución motora del habla) y fonológicas (errores en la selección de los fonemas). Debido a estas dificultades es común encontrar disartria y sustituciones o transposiciones de fonemas, es decir, parafasias fonológicas. También son frecuentes las omisiones y las simplificaciones de los grupos consonánticos. La expresión de los pacientes es agramática. Esto significa que en su discurso es notable la disminución de palabras de clase cerrada, como artículos, pronombres, preposiciones y conjunciones. Y alteraciones en la selección de morfemas gramaticales tanto flexivos como derivativos. Debido a esto el lenguaje suele ser telegráfico.

Presentan alteraciones en el aspecto suprasegmental del lenguaje, con notables trastornos del ritmo, acento y entonación (aprosodia). Relacionada de forma directa con la falta de fluidez. En cuanto a la comprensión, si bien en las primeras descripciones se considera que la misma se encuentra intacta; actualmente se piensa que estos pacientes tienen alterada la comprensión morfosintáctica del lenguaje, denominada comprensión asintáctica. Por lo general, la capacidad de denominación está afectada (anomia), como un problema de acceso al léxico. Habitualmente, a lo largo de la recuperación la denominación mejora considerablemente. La capacidad de repetir también se encuentra alterada, ya que persisten los problemas fonéticos y fonológicos. La lectura en voz alta presenta grandes dificultades, debido a que se encuentra condicionada por el problema expresivo general del paciente. Realizan una lectura de tipo agramática, y por tal motivo no comprenden lo leído. De igual

[5] Basso, A. (2010). La afasia: conocer para rehabilitar. Buenos Aires. Editorial Akadia.

modo la escritura presenta múltiples errores ortográficos, omisiones y sustituciones, tanto al dictado como de manera espontánea. Además pueden presentar trastornos neurológicos asociados, ya que en más del 80% de los casos de pacientes con afasia de Broca presentan algún grado de debilidad en la mitad derecha del cuerpo, es decir, es común encontrar hemiplejía o hemiparesia, generalmente más acentuada en la extremidad superior que en la inferior.

**Afasia transcortical motora**: La localización de la lesión se encuentra en la parte anterior o superior al área de Broca con extensión subcortical. El lenguaje espontáneo no es fluido. En las etapas agudas es común encontrar mutismo. Las emisiones se desenvuelven de manera lenta y con esfuerzo. La articulación no presenta ninguna alteración. El lenguaje automático está preservado. En cuanto a la estructuración del lenguaje, se observa simplificación sintáctica sin llegar al agramatismo. Es decir, por lo general el discurso de estos pacientes transmite poca información. Como consecuencia de la falta de fluidez en el lenguaje presenta aprosodia (falta de patrones rítmicos del lenguaje). La comprensión del lenguaje está conservada en el nivel léxico (palabras aisladas) al igual que en las oraciones simples y familiares. Las alteraciones se hacen evidentes con las oraciones de estructuración morfosintáctica compleja. La capacidad de denominación presenta alteraciones ligeras. Este tipo de afasias se caracterizan por la notable conservación de la capacidad de repetición. La lectura está mínimamente afectada. La comprensión suele ser buena. Y en la escritura persiste la simplificación sintáctica al igual que en el lenguaje espontáneo. Debido a la localización de la lesión suelen encontrarse alteraciones neurológicas asociadas como hemiplejía o hemiparesia derecha.

**Afasia global:** La localización de la lesión se encuentra en la parte izquierda masiva, frontoparietotemporal que incluye el área de Broca y de Wernicke con extensión subcortical. La expresión de los pacientes es en extremo no fluida, es común la presencia de mutismo. El lenguaje automático puede estar preservado. Todos los niveles de la expresión, desde lo fonético hasta lo discursivo, se encuentran severamente disminuidos. La comprensión verbal está sumamente afectada. En la mayoría de los casos la comprensión suele mejorar con mayor rapidez que la expresión. La denominación y repetición es nula. La lectoescritura está afectada. En relación a los trastornos neurológicos asociados,

la gran mayoría de los pacientes presentan hemiplejia derecha masiva, alteraciones sensitivas visuoperceptuales y apraxia izquierda.

**Afasia de Wernicke:** llamada también afasia sensorial o receptiva. La localización de la lesión se encuentra en el área de Wernicke (tercio medio y posterior de la circunvolución temporal superior izquierda), extendiéndose a las circunvoluciones angular y supramarginal. La expresión espontánea de los pacientes en fluida, en ocasiones con un número excesivo de palabras. Los pacientes pueden hablar sin parar a menos que sean interrumpidos por su interlocutor. Este fenómeno se conoce como logorrea y es uno de los signos más característicos de la afasia de Wernicke. En el discurso se observan parafasias semánticas (sustitución de una palabra por otra) y neologismos (palabras inexistentes). Hay una notable disminución del uso de palabras de clase abierta como sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios. La severidad del cuadro hace que el lenguaje sea ininteligible, lo cual se conoce como jerga. En el nivel fonético la articulación de las palabras se realiza sin ninguna alteración. En el nivel fonológico en cambio, se observan parafasias fonológicas. La estructuración del lenguaje es por lo general gramaticalmente aceptable. La acentuación y la entonación del lenguaje se conservan. Si bien los trastornos en la expresión del lenguaje son muy claros, lo que caracteriza a la afasia de Wernicke es la alteración en la comprensión. La denominación por lo general se encuentra muy afectada, por otro lado, presentan menor dificultad con palabras de alta frecuencia. La repetición se encuentra alterada, y con frecuencia el problema en la comprensión impide que entiendan la tarea. Presentan dificultades en la lectura como en la escritura. Por lo general no presentan trastornos neurológicos asociados, aunque puede presentarse hemiparesia derecha transitoria así como una discreta alteración en la sensibilidad.

**Afasia de conducción**: La localización de la lesión se encuentra en la región perisilviana superior posterior izquierda (lóbulo parietal inferior), parte de la ínsula y de la circunvolución supramarginal. El área de Wernicke está intacta. El lenguaje espontáneo de los pacientes es fluido, con cierta anomia sin problemas motores para articular. La alteración más frecuente consiste en la búsqueda constante del punto y modo articulatorio adecuado. La estructuración gramatical suele ser adecuada. La comprensión auditiva está mayormente preservada. En la denominación presentan anomias, principalmente cuando se

trata de palabras de baja frecuencia de uso. La repetición en estos pacientes está siempre afectada. La alteración de esta habilidad es la característica principal de este tipo de afasia. En la lectura en voz alta se observan los mismos problemas que en la repetición, sin embargo la comprensión del material escrito suele ser buena, principalmente en la lectura silente. En la escritura los automatismos están conservados. Por lo general, no hay otras alteraciones neurológicas asociadas evidentes.

**Afasia transcortical sensorial:** La localización de la lesión se encuentra en la parte posterior de la circunvolución angular y la corteza occipital anterior. En el lenguaje espontáneo se observa que el discurso de los pacientes es fluido, con parafasias semánticas y neologismos. Por esta razón, transmiten muy poca información relevante. La articulación y estructuración gramatical, así como las marcas prosódicas, suelen permanecer intactas. La comprensión del lenguaje está severamente afectada. Sin embargo, pueden observarse variaciones en la severidad de la alteración. En la denominación se encuentran síntomas lingüísticos tales como parafasias semánticas, neologismos y circunloquios. La capacidad de repetición está notablemente conservada. La facilidad de repetir el lenguaje que escuchan es la característica que más claramente distingue a los pacientes con afasia sensorial transcortical de aquellos con afasia de Wernicke. La lectura está comprometida. La comprensión del texto es muy pobre. En algunos casos, sin embargo, la lectura en voz alta se conserva: pueden leer sin errores pero no pueden entender lo leído. La escritura está alterada. En cuanto a los trastornos neurológicos asociados, pueden presentar alteraciones en la visión, tales como, pérdida del campo visual derecho (hemianopsia), problemas sensoriales (hemihipoestesia) o fallas para reconocer los estímulos del hemicuerpo derecho (hemineglígencia derecha).

**Afasia anómica:** La localización de la lesión se encuentra en la parte media y posterior de las circunvoluciones temporales media e inferior izquierda. La expresión de los pacientes es fluida, con pausas para buscar palabras de clase abierta, principalmente los sustantivos. La articulación, morfosintaxis y prosodia no presentan alteración. La comprensión se encuentra prácticamente intacta. La característica principal de esta afasia es la alteración en la capacidad de denominación. Dichas dificultades son más evidentes en palabras de baja frecuencia de uso, abstractas o no familiares. La repetición y lectoescritura sin

dificultades. Generalmente no hay alteraciones neurológicas asociadas. (González L y González O; 2012).

## 2.4 Sintomatología

En este estudio de investigación, cabe destacar, que siguiendo la línea de pensamiento de Azcoaga, postula la existencia de dos analizadores del lenguaje, uno correspondiente al Analizador Verbal (comprensión), y el otro al Analizador Cinestésico Motor Verbal (elocución). En los analizadores se analiza y sintetiza información dando lugar a los estereotipos; éstos son el sustrato fisiológico de los analizadores, a partir de los cuales se organizan los códigos del lenguaje.

El Analizador Verbal (A.V.), se encuentra ubicado en la zona denominada área de Wernicke, localizada entre los lóbulos temporal y parietal del hemisferio izquierdo. Dicho analizador opera con información semántica del lenguaje, tiene a su cargo el análisis y la síntesis de los estereotipos verbales (sustrato neurofisiológico de los significados). Desde el punto de vista lingüístico, es el encargado de la codificación y descodificación semántica, lo cual constituye al Código Semántico.

Por otro lado, el Analizador Cinestésico Motor Verbal (A.C.M.V.) se localiza en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, en la zona denominada área de Broca. Utiliza la información propioceptiva proveniente de músculos, tendones y articulaciones del sector orofacial, encargada de la actividad analítico-sintética de estereotipos fonemáticos (E.F.) y estereotipos motores verbales (E.M.V.), que son el sustrato neurofisiológico de los fonemas y los significantes, respectivamente. Desde el punto de vista lingüístico, este analizador posibilita la codificación fonológica-sintáctica (Código Fonológico-Sintáctico).

Entre ambos códigos del lenguaje existe una estrecha relación, están íntimamente vinculados pero se organizan en forma independiente. Además, el código semántico es el que subordina al código fonológico-sintáctico, lo cual se hace evidente en la patología porque cuando aquel se afecta, aparecen las alteraciones a nivel de la elocución.

De acuerdo, al nivel de depresión funcional se puede encontrar diferente sintomatología. Como se mencionó en el apartado sobre fisiopatología, cuando

se produce una alteración de las leyes normales del funcionamiento cerebral y la sustitución de éstas por funciones anormales; el proceso sigue siendo dinámico, pero erróneo, y subyace a la producción de síntomas. Es así como la lesión ocasiona una depresión funcional.

En el Síndrome Afásico, ocurre una depresión funcional del A.V., diferenciándose cinco niveles. En el *Nivel I* se encuentran síntomas como, pérdida de la comprensión de los semas más generalizados y abstractos. Latencias iniciales e intermedias; donde la actividad cerebral no se detiene, más bien las latencias han de ser vistas como la distancia temporal que hay entre una modalidad de procesamiento de la información y su aparición en el comportamiento verbal. Anomia que es la incapacidad para nominar. Ya sea, por respuesta nula o con expresiones tales como una definición, perífrasis, circunloquio. También ante la anomia se presentan parafasias, neologismo, jergafasia.[6]

El *Nivel II* se caracteriza por síntomas como fallas en la síntesis (órdenes complejas). Latencias, perseveraciones, parafasias verbales paradigmáticas (PVP) y sintagmáticas, monémicas y morfémicas, fonémicas y fonéticas. Las PVP son la sustitución de todo el vocablo por otro con relación semántica. Mientras que, la Parafasia Sintagmática es la sustitución de todo un sintagma, donde existe un desplazamiento en la selección. La Parafasia Monémica es la sustitución de una porción de la palabra portadora de significado. Ya que existe relación semántica entre ambas producciones. En cambio, la Parafasia Morfémica es la sustitución de un morfema por otro. Por último, la Parafasia Fonética es la sustitución de un rasgo distintivo de un fonema que lleva en algunas ocasiones a la producción de alófonos. En tanto que en la Parafasia Fonémica se produce la sustitución de un fonema por otro.

En el *Nivel III*, se encuentran síntomas como latencias, fallas en la comprensión de estructuras complejas. Por lo tanto los pacientes utilizan facilitaciones ecolálicas. Perseveraciones, parafasias y fatigabilidad caracterizan dicho nivel. Agramatismo semántico, donde se omiten las palabras lexicales, como verbos/verbos auxiliares - pronombres - sustantivos - adjetivos - selección errónea de la persona del verbo, del tiempo y/o modo verbal - sustitución de

[6]Azcoaga, J.E. (1997). Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología). Buenos Aires. Editorial El Ateneo.

contracción por artículo - sustitución del infinitivo por el participio. Por lo tanto se observa incoherencia semántica.

En el *Nivel IV*, hay comprensión exclusiva de frases simples, intoxicación por la orden, que es la perseveración de la comprensión. Logorrea que es el flujo incontrolado de la elocución con jergafasia (es decir, la tríada de perseveraciones, parafasias y anomias) Contaminación por la orden, donde parte de la orden anterior la ejecuta en la actual. A diferencia de intoxicación por la orden, donde la orden anterior la ejecuta en la actual. E intoxicación por el significado, repite la respuesta de la pregunta anterior y no puede salir de ese significado ante otra consigna debido a la irradiación desordenada.

Finalmente, en el *Nivel V,* hay comprensión de palabras aisladas con inhibición inerte subsiguiente. Logorrea con jergafasia intensificada. Neologismo semántico, que son los vocablos no existentes en nuestra lengua emitidos por un mecanismo que guarda una relación semántica.

En el Síndrome Anártrico, ocurre una depresión funcional del A.C.M.V., diferenciándose tres niveles. El *Nivel I* es de compromiso leve, llamado nivel de depresión mínima, donde se presenta como síntoma característico el agramatismo sintáctico o morfosintáctico, también rotulado con estilo o habla telegráfica, junto con la disprosodia. El agramatismo sintáctico o morfosintáctico se caracteriza por omisión de preposiciones, conjunciones, artículos y flexiones verbales de género y número aproximadamente en este orden. Conservando los sustantivos, verbos, adverbios, pronombres y adjetivos (aunque en estas tres últimas categorías gramaticales su prescindencia no compromete la integridad del mensaje y su comprensión por el interlocutor).

El *Nivel II* es de compromiso moderado, se presenta la imposibilidad de producir (omisiones fonémicas, silábicas y de vocablo) sonidos consonánticos fricativos y vibrantes, en tanto que se conservan los africados y sobre todo los oclusivos. Ante las omisiones de esos sonidos, en ocasiones, se presenta una sustitución por sonidos consonánticos que están presentes: parafasias fonémicas. Además puede observarse parafasias fonéticas, morfémicas y parafasias verbales sintagmáticas. Lentificación, disprosodia y asimilaciones. Agregados fonémicos y neologismo fonológico.

Por último, el *Nivel III*, en que la inhibición patológica del analizador que sustenta la elocución es máxima, se pierde la posibilidad de organizar los correspondientes puntos de articulación de los fonemas y sólo pueden emitirse vocalizaciones.

La sintomatología nos permite identificar y encuadrar el caso clínico en un determinado síndrome, para posteriormente definir las subsiguientes estrategias terapéuticas. Así como también, poder determinar el plan de trabajo con ese paciente en particular teniendo en cuenta todos los síntomas lingüísticos, junto con su lenguaje premórbido, educación, cultura, contexto familiar y social para el abordaje del mismo desde las diversas profesiones a fines.

## 2.5 Etiología de las Afasias

La afasia es causada por una lesión cerebral, y dicha lesión puede ser producto de diversos factores. Veremos las principales etiologías (o causas) de las afasias. Entre ellas se encuentran el ACV, los TCE y los Tumores. Siendo la primera (ACV) la más frecuente en producir afasia. Es decir, se conoce que configuran las tres cuartas partes de las causas determinantes de patología neurológica del lenguaje.

**Enfermedad cerebrovascular (ECV):** conocida como "Accidente cerebrovascular" (**ACV**) o **Ictus** "trastorno brusco de la circulación cerebral". Los trastornos vasculares alteran la irrigación sanguínea del cerebro, comprometiendo la oxigenación y la distribución de los nutrientes, lo cual puede ocasionar la muerte del tejido cerebral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda la siguiente definición: "signos clínicos de trastornos focales de la función cerebral, que se desarrollan rápidamente, con síntomas que duran 24 horas o más o que llevan a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular"[7]

Al producirse un evento vascular cerebral (EVC) el riego sanguíneo se interrumpe por algunos de los siguientes mecanismos:

- Oclusión: (**evento isquémico**) el tejido muere debido a la interrupción del flujo de sangre al cerebro.

[7] Pérez Sempere A. (1999). Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular. Manual de Enfermedades vasculares cerebrales. Science Editores.

Generalmente la oclusión se produce como resultado de:

- Trombosis: consiste en la progresiva estenosis (estrechamiento) de los vasos sanguíneos causada por la acumulación de placas arteroescleróticas (depósitos de grasa) en sus paredes. Las placas disminuyen gradualmente la distribución de sangre en la zona irrigada por la arteria afectada, llegando incluso a producir una oclusión total.
- Embolia: Es la oclusión de un vaso sanguíneo por un émbolo (coágulo de sangre, burbuja de aire o cúmulos de bacteria), el cual viaja a lo largo del sistema arterial hasta llegar a una zona estrecha, donde provoca la interrupción del flujo sanguíneo.

➢ Hemorragia (**evento hemorrágico**): al producirse una ruptura arterial se altera la irrigación sanguínea normal: la sangre se esparce sobre el tejido cerebral y produce un aumento de la presión intracraneal.

Las hemorragias cerebrales son resultado de alteraciones tales como hipertensión arterial, malformaciones vasculares (arteriales, venosas y arteriovenosas), y principalmente de la ruptura de aneurismas (dilatación de un sector de la pared de una arteria causada por el debilitamiento de la misma y por el efecto de la presión sanguínea).

Entonces por un lado; existe el ACV Hemorrágico, que se producen cuando un vaso sanguíneo correspondiente a una parte del cerebro se debilita y se rompe, lo que provoca un escape de sangre hacia el cerebro. Y el ACV Isquémico, que se originan por una obstrucción de un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro, bloqueando así, el torrente sanguíneo. Estos últimos conforman el 80% de los casos totales de ACV.

En el ACV Isquémico, se produce una “zona de infarto o sombra” y una “zona de penumbra”. La primera, es el lugar específico que se ve afectado por la falta del suministro sanguíneo resultante de la obstrucción, produciéndose un daño irreversible producto de la necrosis del tejido cerebral. En cambio, la zona de penumbra es aquella “potencialmente recuperable” o con afectación parcial, que rodea a la zona de sombra y cuya alteración funcional puede ser más o menos recuperable según cada caso. Esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de considerar el pronóstico de recuperación del paciente afásico.

La incidencia del ACV, en relación al género es considerada 47% en hombres y 53% en mujeres y mayor en torno a los 50-60 años. Esto ha ido

cambiando, ya que, en investigaciones más recientes se afirma que la edad de incidencia del ACV, ha descendido. Asimismo, la Dra. Daiana Dossi (2019) del Centro Integral de Neurología Vascular del Fleni, afirma que el "2% de la población mayor de 40 años, ha tenido un ACV"[8]

Según las *estadísticas ACV***,** desde 1990 hasta 2019 se ha dado un aumento del 70% en la incidencia de los accidentes cerebrovasculares y un aumento del 43% en las muertes por esta causa. Cada año hay más de 12,2 millones de accidentes cerebrovasculares nuevos. De hecho, se estima que cada 40 segundos alguien está sufriendo un derrame cerebral y cada cuatro minutos alguien que sufre un ACV muere.[9]

Tal como sostiene la Organización Mundial de la Salud, el ACV es la primera causa de discapacidad permanente y la segunda causa de muerte en el mundo. A su vez, es la tercera causa de muerte en Argentina.

De acuerdo con la información que se publicó en 2022 por La Organización Mundial de Accidentes Cerebrovasculares (WSO), "el riesgo de desarrollar un ACV a lo largo de la vida ha aumentado en un 50% en los últimos 17 años". Actualmente, se estima que 1 de cada 4 personas sufre un derrame cerebral en su vida.

Debido a la importancia que tiene dicha enfermedad, la Organización Mundial de la Salud estipuló al 29 de octubre como el Día Mundial del Ataque Cerebral, o ACV. Se trata de una fecha que insta a reflexionar y así poder modificar algunos hábitos que pueden ayudar a prevenir este tipo de episodios.[10]

A su vez, las cifran demuestran que pacientes que han padecido un ACV son propensos a contraer nuevamente la enfermedad en un lapso de tiempo próximo, sumado a las múltiples y variadas secuelas. Como alteraciones en el lenguaje; afasia, en el habla; disartria, en la deglución; disfagia, y las alteraciones psicológicas y motrices, entre otras.

Por último, cabe destacar que un gran porcentaje de los pacientes afásicos con lesiones de etiología vascular padecen una cardiopatía. Hasta 25 % de ellos han presentado ataques cardiacos previos, manifiestos o encubiertos,

---

[8]Dossi,D. (2019). Cuidados post ACV: Prevención rehabilitación. FLENI. Buenos Aires. https://www.fleni.org.ar/wpcontent/uploads/2020/08/CuidadospostACV.CharlacomunidadDOSSI.pdf
[9]Estadisticas ACV. Conoce la incidencia y los factores de riesgo. https://www.recavar.org/estadisticas-acv
[10]Victor, Ingrassia. Todas las respuestas sobre el ACV: una enfermedad que ataca a 126.000 argentinos por año. https://www.infobae.com/salud

y una cantidad significativa presentará otro ataque en los cinco años siguientes al evento vascular que produjo la afasia, el cual puede ser mortal (Helm-Estabrooks y Albert, 1994). Los pacientes y sus familiares deben estar al tanto de estas cuestiones médicas y recibir la orientación necesaria y el tratamiento correspondiente de forma oportuna.

**Traumatismo Craneoencefálico (TCE):** Los traumatismos craneoencefálicos son de dos tipos:

- **Abierto:** el cráneo es severamente fracturado por el trauma, o bien penetrado por un objeto, como un proyectil de arma de fuego. El tejido cerebral a lo largo de la lesión muere, se producen hemorragias de moderadas a severas y se presentan laceraciones meníngeas. El tejido puede afectarse aún más al retirar quirúrgicamente el objeto y los fragmentos de hueso; por edema, por infección de la herida o por epilepsia postraumática.
- **Cerrado**: después del trauma el cráneo permanece intacto o con fracturas menores. Una causa común de este tipo de TCE son los accidentes automovilísticos. El tejido cerebral situado debajo del punto de impacto sufre una contusión. Además, el impacto provoca que el cerebro se desplace con fuerza dentro del cráneo y golpee, en línea recta, al tejido localizado en el extremo opuesto del impacto, lo que provoca una segunda lesión (por contragolpe). Algunos de los efectos secundarios potenciales son lesión axonal difusa, edema cerebral, hemorragia intracerebral, aumento de la presión intracraneal, epilepsia postraumática y hematoma subdural (acumulación sanguínea debajo de la duramadre, una de las membranas que recubren el cerebro). (Ardila, 2005)

Los casos de afasia secundarios a TCE, en especial los traumas cerrados, suelen ir acompañados de una serie de trastornos que en un primer momento pueden complicar la identificación y la clasificación del síndrome afásico. Entre los trastornos asociados más comunes se encuentran la amnesia, las alteraciones en áreas cognoscitivas (por ejemplo: atención, percepción, razonamiento) y los trastornos en el comportamiento (por ejemplo: desinhibición, agresividad, apatía, depresión e irritabilidad).

**Tumores intracraneales:** Existen dos tipos de tumores o neoplasias intracraneales:

- **Extracerebrales:** si bien se desarrollan dentro del cráneo, no afectan el tejido cerebral en sí. Por ejemplo, los meningiomas, como su nombre lo indica, crecen en las meninges, que son los tejidos que recubren y protegen al cerebro.
- **Intracerebrales**: se desarrollan directamente en el tejido cerebral. Este tipo de tumores producen afasia con mayor frecuencia que los extracerebrales. (Ardila, 2005).

## 2.6 Atención Temprana Fonoaudiológica

Según Arroyo - Cerutti (2009) la **Atención Temprana Fonoaudiológica (A.T.F)** se encuadra dentro de los períodos agudo y subagudo de la enfermedad de ACV y del Traumatismo Craneoencefálico.

Se considera que en estos momentos el paciente se encuentra en "Emergencia Fonoaudiológica". Cuyo objetivo principal es prevenir daños lingüísticos mayores, como una tarea de prevención secundaria. El grado de recuperación que pueda alcanzar el paciente que presenta trastornos lingüísticos a consecuencia de un ACV o Traumatismo Craneoencefálico se encuentra relacionado con el momento de atención, ya que, si no se actúa de manera temprana esto puede incidir negativamente en el pronóstico y recuperación del trastorno lingüístico del paciente.

Mónica Cerutti de Cappa, sostiene que "el concepto de *Atención Temprana* implica estudiar las funciones alteradas (o que se presuponen alteradas), determinar grados o niveles de dificultad o establecer una presunción diagnóstica. La Atención Temprana Fonoaudiológica contribuye a la detección precoz del grado de compromiso que presentan las diferentes áreas afectadas: ya sea comunicativa, auditiva, lingüística, cognitiva, respiratoria, deglutoria, fonatoria. En consecuencia, el criterio de atención temprana implica la intervención oportuna con objetivos diagnósticos, preventivos y terapéuticos".[11]

El porqué de la atención temprana, se explica en la necesidad de la interacción de la terapia del lenguaje con la recuperación espontánea, y que ocurre gracias a la **plasticidad cerebral**, es decir, a la capacidad de compensación funcional del cerebro con posibilidades potenciales de

[11] Lizzi, E; Iriondo, A; Otros. (2013). Atención temprana: una perspectiva fonoaudiológica. Segunda edición. Rosario. Editorial Akadia.

modificación ante lesiones.[12]

La neuroplasticidad consiste en la capacidad del sistema nervioso de generar cambios en las corrientes iónicas, liberación de neurotransmisores, modificaciones citoarquitectónicas, remodelación sináptica y adaptaciones en la conectividad de las redes neurales, para adaptarse y mantener la eficacia de los circuitos neurales degenerados. Esto implica que pese a los cambios cerebrales que conlleve, el cerebro se puede reorganizar para lograr mantener y fortalecer las funciones cognitivas, como así también para el desarrollo de nuevas habilidades a partir de programas de intervención y estimulación.[13]

Actuar tempranamente permite el control de variables que pueden interferir el posterior tratamiento y realizar un acompañamiento terapéutico en los primeros momentos. Dicha atención temprana enmarca:

-Plasticidad neuronal: capacidad de las neuronas para regenerarse anatómica y, sobretodo, funcionalmente después de haber sufrido las consecuencias de algún trastorno patológico, un traumatismo, un ACV, o una alteración del SNC.

-Vicariedad: (viene de la palabra vicario: el que reemplaza). Cuando el tejido que ha quedado intacto toma a cargo la función, se plantea que está cumpliendo una función vicariante o de vicario. Supone la equipotencialidad.

-Equipotencialidad: cualquier célula en una región del cerebro puede asegurar una expresión de comportamiento. Se produce una sustitución funcional, hay una transferencia de funciones.

Por lo expuesto, se requiere la interconsulta con el fonoaudiólogo, quien tendrá a su cargo la atención temprana del lenguaje.

Se piensa que algún nivel de **recuperación espontánea** (periodo de desbloqueo) se presenta en todos los pacientes con lesiones cerebrales y muchos pacientes organizan y adelantan por sí mismos sus propios programas de entrenamiento. Además, todos vivimos en un mundo en el cual es necesario recurrir permanentemente a determinadas habilidades lingüísticas, y necesariamente existe algún tipo de reentrenamiento permanente.

---

[12] Arroyo, A. (2009). Introducción en el porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. Revista Fonoaudiológica digital. Tomo 55, nº2. Buenos Aires.

[13] Feldberg, Carolina e Ignacio, Demey. (2015). Manual de Rehabilitación cognitiva. Argentina. Editorial Paidos

Una proporción importante de la recuperación espontánea es también el resultado de los procesos neurofisiológicos subyacentes que se llevan a cabo en el cerebro luego de alguna condición patológica.

Existe un acuerdo general sobre el curso de la recuperación espontánea, frecuentemente se señala que los tres primeros meses representan el periodo durante el cual se debe esperar el máximo de recuperación; la curva de recuperación usualmente cae luego de seis-siete meses y después de un año, es muy poca la recuperación que se presenta. Sin embargo, el desarrollo de estrategias por parte del paciente mismo y la exposición a una práctica permanente, podrían dar cuenta de una proporción importante de la recuperación espontánea tardía.

Existen muchos casos donde se cree que la persona con afasia no podrá seguir recuperándose, pasado el año del daño cerebral. Pero en la tarea asistencial se reconoce que muchos pacientes con afasia continúan mejorando gracias a la neuroplasticidad. Esta propiedad continúa a lo largo de los años, aún durante la vejez. Así, la persona con afasia puede beneficiarse del tratamiento del lenguaje sin límite de tiempo.

Se han distinguido dos estadios diferentes durante la recuperación luego de algún tipo de daño cerebral:

Etapa 1. *Recuperación temprana:* Luego de cualquier patología del cerebro, suceden una serie de procesos neurofisiológicos que podrían explicar la rápida recuperación que inicialmente se observa. Tales procesos incluyen la disminución del edema, la desaparición de las posibles hemorragias y la disminución de los efectos de la lesión.

Etapa 2. *Recuperación tardía*: Se supone que existen dos factores responsables por la recuperación observada en una etapa tardía: a. Reaprendizaje del lenguaje b. Reorganización del lenguaje en el cerebro. (Noblejas – Varilla 2009)

La persona que padece un trastorno neurolingüístico o afasia sufre alteraciones en su lenguaje: en la elocución, comprensión, o en ambas, en mayor o menor medida. Como menciona Ana Basso, la afasia no es un trastorno estático, en el periodo inmediatamente sucesivo al evento (siempre que no se trate de una patología progresiva), la casi totalidad de los sujetos que sobreviven mejoran.

Los mecanismos neurológicos subyacentes a la recuperación en este primer período son la reducción del edema perifocal y de la diásquisis, es decir del daño funcional de áreas lejanas de la lesión, pero funcionalmente conectadas con la parte dañada. Un cierto grado de recuperación espontánea ha sido demostrada en los sujetos afásicos y menos frecuentemente en sujetos con apraxia ideomotora. (Basso 2005)

Ahora bien, por la importancia que reviste el lenguaje para el sujeto, se resienten también las relaciones familiares, sociales y laborales. La Lic. Adriana Arroyo menciona que la pérdida en la capacidad de comunicación verbal deja al ser humano quebrantado en sus relaciones intra e interpersonales. La Atención Temprana tiene como propósito mantener al paciente comunicado, estableciendo un vínculo con él y su familia, como así también posibilitar su óptima adaptación psicológica, emocional, familiar y social.

No es infrecuente que dada la extensión de la lesión neurológica estos trastornos cursen con déficit motores, lo cual contribuye aún más a despertar sentimientos de minusvalía en estas personas, y a su vez ocasiona cambios en la dinámica de su entorno más próximo. De lo anterior se desprende que la problemática del afásico es múltiple y compleja y requiere de un **abordaje temprano interdisciplinario** que controle el cuadro y encauce la recuperación buscando la readaptación del paciente a su nuevo estado.

Se reconoce que las tres cuartas partes de las afasias devienen de ACV; Azcoaga (1997) describe los períodos: agudo, sub-agudo, de estado y de secuela. La atención temprana, como se mencionó anteriormente, queda comprendida en los dos primeros, variando la modalidad de intervención del fonoaudiólogo, dependiendo de cada uno de ellos. Entonces, “Desde la fonoaudiología se entiende que el momento agudo es una ‘emergencia fonoaudiológica” y la tarea, si bien es post-patogénica, es fundamentalmente preventiva de daños lingüísticos mayores”[14]

Resulta fundamental el respeto por los tiempos del paciente y el manejo idóneo en estos primeros momentos. Esto implica no sólo trabajar con el paciente, sino con su realidad más cercana: la familia y el grupo de profesionales que lo asiste. De esta manera se lo aborda integralmente y se actúa desde la

[14] Aronna, A. (2009). La emergencia fonoaudiológica y el equipo interdisciplinario en pacientes afásicos adultos. (pp. 28).

especificidad de la disciplina, aplicando los conocimientos en un contexto global donde se desenvuelve la acción.[15]

Múltiples investigaciones se han realizado en torno a si es o no beneficioso la atención temprana en los pacientes afásicos, algunos consideran que los resultados dependerán de ciertas variables y otros sostienen de como la terapia del habla temprana beneficia significativamente a los pacientes con accidente cerebrovascular.

En Australia, la Dra. Erin Godecke de la Escuela de Psicología y Patología del Habla de la Universidad de Curtin realizó una investigación donde resaltó que la terapia intensa, es decir exhaustiva, en una etapa temprana podría reducir la necesidad de futuros servicios de salud. Esta investigación ha encontrado que los pacientes que reciben terapia profunda del lenguaje en una etapa temprana después de un derrame cerebral usan más palabras y tienen un mejor vocabulario además de tener mejores puntajes de comprensión y producción verbal.[16]

En síntesis, la Atención Temprana Fonoaudiológica se justifica ante la urgencia de poder controlar la fisiopatología. Se propone evaluar al paciente desde los períodos iniciales y así poder realizar un Diagnóstico Presuntivo Oportuno del Lenguaje, que permita establecer lineamientos terapéuticos apropiados.

**2.7 Periodos evolutivos del ACV y atención temprana**

Esta patología es producida por la confluencia de determinados factores de riesgo tratables (modificables) y no tratables (no modificables). Entre los primeros, podemos mencionar; hipertensión arterial, colesterol elevado, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, sobrepeso, apneas del sueño, alcoholismo, anticonceptivos orales, estrés. Dentro de los no modificables; edad, sexo, predisposición genética, menopausia.

Una de las causas en estudio pero evidente y científicamente consolidada es el estrés (respuesta fisiológica de un ser humano a un factor que lo percibe como un peligro tales como una condición ambiental o un estímulo. El estrés es el (modo de un cuerpo de reaccionar a un desafío - OMS).

[15] Iturralde, C. (2017). Responsabilidad social universitaria. Intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos. Rosario. Biblioteca ADINA http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/2017.ithurralde.responsabilidadsocialuniversidad.pdf

[16] Erin, Godecke. La terapia del habla temprana beneficia significativamente a los pacientes con accidente cerebrovascular. www.curtin.edu.au

Este mecanismo de defensa debería acabar luego de un determinado tiempo, si persiste desencadenará problemas graves de salud transformándose en algo patológico (permanente y acumulativo: Síndrome de Burnoaut) y produciendo un aumento en sangre de la cantidad circulante de glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunitarios (la sangre se hace trombolítica con lo que aumentan los riesgos de ACV).

La mejor manera de prevenir esta devastadora enfermedad es controlar los factores de riesgo (a través de un seguimiento médico) principalmente a partir de los 55 años y en el sexo masculino, garantizar una vida sana (actividad física regular, buenos hábitos, alimentación equilibrada, etc.) y evitar altos niveles de estrés.

Para reconocer que se está padeciendo de un ACV; los síntomas más evidentes se constituyen en la tríada: cara-brazo-habla (cara torcida, brazo caído y dificultades para hablar o entender).

Otros síntomas presentes pueden ser: vértigo, dolor de cabeza, dificultad para caminar, pérdida de la visión o visión borrosa, confusión general, entre otros.[17]

Azcoaga (1997) observa que los procesos fisiopatológicos generados a partir de un ACV dependen de las etapas clínicas de éste. El autor menciona que luego de ocurrido el accidente cerebrovascular, la enfermedad continúa un curso evolutivo en el tiempo:

- Período agudo: es el momento inmediatamente posterior a la lesión que se caracteriza por una gran labilidad de las condiciones básicas para el re-aprendizaje, es decir gran inhibición de todas las funciones, donde el paciente no habla, no comprende, está la mayor parte del tiempo somnoliento o dormido y con mucha fatigabilidad. Se encuentra en un estado confusional. Generalmente el paciente está internado en unidad de cuidados intensivos (UCI) y el curso puede ser de algunas horas, semanas e incluso un poco más, según la severidad de la lesión neurológica.
- Período sub-agudo: comienza a estabilizarse el cuadro clínico porque se empieza a desbloquear la inhibición, se producen signos de que el

[17] Rohner, L. 29/10 día mundial del ACV. www.colfono.org.ar

paciente puede estar más vigil y mejoran las condiciones para el re-aprendizaje. En dicho período, el paciente puede o no encontrarse internado en sala común, pero ya no requiere de cuidados intensivos.

- Período de estado: se caracteriza por la estabilización de los síntomas y del cuadro clínico neurológico. El mismo puede darse entre 3 o 6 meses, lo cual tiene correspondencia con la severidad neurológica, hasta pasados 2 años de la instalación del ACV. En esta instancia, se puede arribar a un diagnóstico fonoaudiológico complejo y jerarquizado para luego realizar un tratamiento integral.
- Período de secuela: aquí se observa que el cuadro clínico se ha estabilizado, ya no se pueden consolidar las condiciones para el re-aprendizaje ni hay reversibilidad de los daños sufridos. Generalmente se le da el alta al paciente debido a que no se puede observar más avances.[18]

Dicha patología, al ser tan compleja y al afectar distintas zonas del cerebro, puede producir múltiples y variadas dificultades. Entre ellas se encuentran las motoras, disminución de la visión, problemas en la memoria, parálisis faciales, alteraciones en el lenguaje, la deglución y el habla. Sobre todas se sugiere su pronta atención pero, especialmente, sobre las de incumbencia fonoaudiológica, se requiere una atención inmediata y eficaz, para evitar que estas dificultades se instalen como secuelas.

A su vez, se destaca la necesidad de una intervención conjunta, dentro de un equipo interdisciplinario, atendiendo al paciente de manera integral, donde se consideren los aspectos emocionales, familiares, psicológicos, sociales, laborales y de rehabilitación.

Ante la presencia de un accidente cerebrovascular, es de suma importancia el quehacer del profesional fonoaudiólogo, ya que éste se encuentra capacitado para acompañar al paciente desde los comienzos de la enfermedad, pasando por distintas etapas, como ser: Atención Temprana, Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. En este estudio de investigación nos centraremos en el primer momento de atención al paciente. (Geromini, 2005).

Como se menciona anteriormente, en los periodos agudo y sub-agudos, es donde se interviene lo más tempranamente posible. En esta fase interesa observar la evolución espontánea, para lo cual, es importante ver al paciente

[18]Azcoaga, J. E. (1997). Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología). Buenos Aires. Editorial El Ateneo.

diariamente en distintos horarios y en lapsos cortos de tiempo o de acuerdo a las posibilidades personales dos o tres veces semanales, siempre con la colaboración de la familia y de este modo poder registrar si existen cambios positivos, mejorías, o no en las características del cuadro lingüístico.

Específicamente durante el período agudo, el objetivo fonoaudiológico será preventivo ya que se busca impedir que devengan daños lingüísticos irreversibles y la modalidad de intervención será indirecta, el fonoaudiólogo no va a trabajar con el paciente en esta primera instancia.

Las tareas a realizar en el periodo agudo serán:

- ✓ Tomar contacto con el paciente a través de la lectura de la historia clínica y del dialogo con la familia.
- ✓ Observar cómo se maneja con el familiar o cuidador.
- ✓ Brindar los primeros lineamientos terapéuticos dando pautas de comunicación a la familia y al personal de salud que asiste al paciente.
- ✓ Intervenir tempranamente en los aspectos motivacionales para evitar la pérdida de interés por las relaciones cognitivas.
- ✓ Prevenir la instalación de la desconexión y por ende del aislamiento del paciente.
- ✓ Determinar, a través de las observaciones diarias o semanales y del registro de la sintomatología que se va presentando, cuáles serán los momentos de iniciar la exploración diagnóstica y por ende de comenzar las acciones terapéuticas directas.

Por otro lado, en el período sub-agudo, el objetivo es terapéutico, y la modalidad de intervención es directa, trabajando con el paciente. La intervención fonoaudiológica implica la evaluación dosificada, que se dirige a obtener una pequeña muestra de su lenguaje, para arribar al *Diagnóstico Presuntivo*. Es presuntivo porque todavía no está estabilizado el cuadro clínico, debido a la labilidad en la ANS. Se brindarán pautas de comunicación a la familia, las cuales ya no serán generales sino específicas para ese paciente, en función de lo que se evaluó.

Las tareas a realizar en el periodo subagudo serán:

- ✓ Brindar pautas de comunicación específicas a la familia y entorno.
- ✓ Jerarquizar la descodificación, es decir la comprensión sobre lo que el paciente puede producir verbalmente.

- ✓ Atender a los desbordes emocionales.
- ✓ Investigar el lenguaje del paciente con una prueba dosificada “ad-hoc“(aquí y ahora) con los elementos presentes en ese contexto inmediato. La misma evalúa tanto la elocución como la comprensión a través de la exploración del lenguaje espontáneo, lenguaje repetido, designación de objetos y ordenes simples y complejas.
- ✓ Arribar a un diagnostico fonoaudiológico presuntivo.

Luego, cuando el paciente se encuentra externado (período de estado) comienza la intervención fonoaudiológica a partir de la confección de la Historia Clínica y de una evaluación exhaustiva del lenguaje y otras Funciones Cerebrales Superiores (FCS). Es decir, la exploración diagnóstica es francamente analítica y formal; de manera tal que se arriba al *Diagnóstico Fonoaudiológico complejo y jerarquizado*, permitiendo posteriormente abordar una terapia que está orientada a recobrar y/o reorganizar el lenguaje.

## 2.8 Conocimiento de los profesionales sobre el rol del fonoaudiólogo en AT y trabajo en equipo

La Dra. Claudia Ithurralde (2017) refiere que respecto de los profesionales que están involucrados con la atención de estos pacientes; que el **diálogo** se da en mayor medida con los neurólogos (agentes derivadores) y con los profesionales de enfermería presentes en sala, que siguen la evolución diaria. En el primer caso, como devolución de lo observado en sala: informe del diagnóstico presuntivo del lenguaje; en el segundo, brindando también pautas de comunicación relacionadas a dicha evolución lingüística.

Se considera enriquecedor obtener información sobre el conocimiento que tienen los profesionales de la salud, acerca del **rol del fonoaudiólogo** en casos de ACV, traumatismo craneoencefálico y tumor cerebral. Y así, poder actuar de manera temprana como tarea preventiva. Por ejemplo, implementando programas de prevención destinados a la comunidad, mediante tareas de educación con campañas dirigidas al púbico general o bien a un grupo de alto riesgo donde las acciones suelen estar orientadas hacia la prevención de un factor de riesgo en particular. Además, **conocer lo que hace cada miembro** del equipo que interviene en estos casos, resulta un aspecto fundamental para poder trabajar de manera integrada, en interdisciplina.

Asimismo, es importante que otras profesiones **conozcan** las **acciones** que el **fonoaudiólogo** puede realizar en estos casos, ya que esto influye en la participación efectiva del profesional en la atención del paciente afásico. En este sentido, la dra Graciela Geromini, manifiesta que "La irreversibilidad de los síndromes neurolingüísticos puede ser prevenida cuando el diagnóstico de lenguaje se hace con urgencia, el terapeuta del lenguaje actúa con criterio de emergencia en la tarea preventiva durante el periodo que es pertinente y se controlan las variables de pronóstico determinables en la forma adecuada".[19]

Azcoaga (1997) menciona cuales son las **principales disciplinas** esenciales para llevar a cabo el diagnóstico en los trastornos del lenguaje, así como también la **función** que cada uno debe desempeñar dentro del equipo. Entre los profesionales a mencionar se encuentran: neurólogo, enfermero, psicólogo, psiquiatra, kinesiólogo, terapista ocupacional, asistente social, cardiólogo, oftalmólogo, nutricionista, **fonoaudiólogo**, entre otros.

En cuanto a la intervención fonoaudiológica, Carolina Méndez, académica de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Chile y subdirectora de la Asociación Internacional de Afasia y Cognición, explica que: si bien el **rol del Fonoaudiólogo** se destaca en las alteraciones de la deglución tras un ACV, cerca de un tercio de los pacientes queda con alteraciones en la comunicación y la cognición. Una derivación temprana por parte del neurólogo de estas dificultades facilita la intervención cognitivo-lingüística oportuna del fonoaudiólogo, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes.

Los profesionales tratantes deben poseer **conocimiento** sobre la importancia de la atención temprana y especialmente en lo que respecta al lenguaje la participación del profesional fonoaudiólogo para su oportuna intervención. Siendo la misma con el **propósito** de:

-Evitar el aislamiento del paciente que ha sufrido bruscamente un ACV, que despierta en una sala de terapia intensiva, en una situación muy confusa donde no comprende lo que le pasa y posiblemente habla y no le entienden.

-Mantener al paciente comunicado (no sólo desde lo lingüístico), estableciendo un vínculo con él y su familia, así como con todo el personal que lo asiste, brindándoles herramientas de comunicación, tales como en las

[19]Geromini, G. (2005). Reversibilidad del trastorno neurolingüístico. Rosario. Biblioteca ADINA. www.adinarosario.com

historias clínicas detallar la modalidad más favorecedora para ese paciente en particular.

-Evitar daños lingüísticos mayores implica prevención post patogénica. Si el paciente tuvo un ACV puede aún empeorar el cuadro del lenguaje porque si no se controla la situación puede hablar con formas inadecuadas que, debido a la labilidad de la ANS, se fijan como estereotipias y son muy difíciles de controlar durante el tratamiento. Es función del fonoaudiólogo neutralizar esas formas y trabajar para mantener comunicado al paciente a través de códigos no verbales.

-En relación a la familia, se debe lograr que tome conciencia de que el paciente necesita ser asistido una vez externado durante el período de estado (continuidad) y debe contar con el asesoramiento y herramientas necesarias para la comunicación desde el primer momento.[20]

Por otro lado, mencionamos una investigación - tesina realizada con mayor anterioridad en el tiempo, específicamente en el año 1998 en la ciudad de Reconquista, con el propósito de indagar que **conocimiento** tenían los distintos profesionales de la salud sobre el Rol del Licenciado en Fonoaudiología, los motivos de derivación, más frecuentes, la modalidad de esta derivación y los vínculos que mantienen con el profesional Fonoaudiólogo.

La población sobre la que se realizó, estuvo integrada por Médicos Clínicos, Otorrinolaringólogos, Neurólogos, Pediatras, Neonatólogos, Odontólogos, Psicopedagogos, Psicólogos y Kinesiólogos, siendo entrevistados 110 profesionales en total. Se trató de un estudio de tipo descriptivo y transversal. Los resultados demostraron que con respecto al conocimiento sobre el Rol del Lic. en Fonoaudiología, el mayor porcentaje de profesionales de la salud (62,7%) posee un **conocimiento parcial**. Las áreas mencionadas con mayor frecuencia fueron el Habla y la Audición. El 80 por ciento de los profesionales derivan pacientes a fonoaudiología por motivos relacionados con patologías del habla en primer lugar y con patologías vocales y auditivas en segundo y tercer lugar. La modalidad con que más frecuentemente realizan esta derivación es a través de una indicación escrita (47,1 por ciento).

---

[20] Rohner, L. 29/10 día mundial del ACV. www.colfono.org.ar

En general los profesionales mantienen un vínculo bueno con el Licenciado en Fonoaudiología (53,9 %) siendo los Otorrinolaringólogos los únicos que presentan el mayor porcentaje en la modalidad muy bueno; el 26,5 % de los profesionales no mantiene vínculos con el fonoaudiólogo. Cabe mencionar, que en dicha investigación no se detectaron derivación de pacientes con patologías neurolingüísticas.[21]

Un artículo del año 2020 sobre "Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular" menciona que, se estima que dos tercios de las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV) tienen secuelas que condicionan su calidad de vida. La rehabilitación del ACV es un proceso complejo, que requiere de un equipo multidisciplinario de profesionales especializados (médicos, kinesiólogos, enfermeros, terapistas ocupacionales, **fonoaudiólogos**, neuropsicólogos y nutricionistas).

En ese trabajo, se realizó una revisión de la literatura sobre las guías de rehabilitación en ACV realizadas en los últimos 10 años y cada apartado fue supervisado por distintos profesionales especializados en dichas áreas.

Se analizaron los tiempos y organización necesaria para desarrollarla, las recomendaciones para la rehabilitación motora, cognitiva y visual, el tratamiento de la disfagia y nutrición, de las comorbilidades (trombosis venosa, úlceras cutáneas, dolor, trastornos psiquiátricos, osteoporosis) y las tareas necesarias para favorecer el retorno a las actividades de la vida diaria. Dejando en claro, que **el aporte** de diversos profesionales de la salud es de suma importancia para la oportuna rehabilitación integral del paciente.[22]

Por su parte, el Dr. Azcoaga, menciona que la tarea de exploración del lenguaje debe estar en manos de un profesional que se dedica a ello de modo especializado. Y tal actividad la cumple el **Fonoaudiólogo**. Ahora bien, el diagnóstico del trastorno del lenguaje no se agota en una enunciación acerca de su condición clínica. Contrariamente a ello, en el estudio diagnóstico es indispensable analizar en detalle las características que tiene esa

[21] Obelli, María del Rosario (1998). Estudio descriptivo sobre el conocimiento del rol del licenciado en fonoaudiología de los profesionales del área de la salud, ciudad de Reconquista,1998. [Tesina de Grado, Universidad Nacional de Rosario] https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/bin-14356

[22] Alessandro, Lucas, Olmos, Lisandro E., Bonamico, Lucas, Muzio, Diana M., Ahumada, Martina H., Russo, María J., Allegri, Ricardo F., Gianella, Matias G., Campora, Horacio, Delorme, Ricardo, Vescovo, Maria Esther, Lado, Vanina, Mastroberti, Liliana R., Butus, Ayelen, Galluzzi, Hugo D., Décima, Graciela, y Ameriso, Sebastian F. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. Medicina (Buenos Aires), 54-68. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es

desorganización en ambos códigos del lenguaje, en la elocución y en la comprensión, lo cual debe lograrse mediante un estudio cuidadosamente pautado y definido en relación a las áreas de exploración.

Consideramos también que en el estudio diagnóstico deben delimitarse los procesos fisiopatológicos sobre los cuales se actuará durante el proceso de recuperación. Asimismo, en la exploración, el especialista en el lenguaje buscará las reservas que posee el paciente para el futuro plan de tratamiento, pues será con ellas con las que se trabajará y no con sus limitaciones.

De este modo, y más allá de los recursos de exploración que utilice y las nomenclaturas que prefiera, estimamos que en la investigación del lenguaje se debe expresar el diagnóstico clínico en su condición de complejo y jerarquizado, el diagnóstico fisiopatológico y los principales puntos de apoyo con los cuales se cuenta para organizar el plan de tratamiento.

Como surge de las consideraciones precedentes, la complejidad de esta **tarea** demanda que sea llevada a cabo por un profesional en constante cultivo de su especialidad y que profundice su idoneidad no solo con el ejercicio cotidiano y rutinario de las técnicas, sino que emplee ese ejercicio para abordar nuevos territorios del diagnóstico, aprendiendo a conocer nuevos fenómenos y a explicarlos con mejor comprensión de los procesos que los determinan.[23]

Ya que, al estudiar las afasias no se puede olvidar nunca la realidad del «afásico», como paciente portador de una alteración del lenguaje. El afásico, como persona, tiene unas reacciones afectivas ante su problema y, además, se ubica en un entorno familiar y social concreto. La distinción entre «tener una afasia» y «ser un afásico» (Poncet y Lecours; 1991) es esencial, en especial cuando se realiza una aproximación terapéutica al problema.

En palabras de la Lic. Laura Rohner, Prof. Titular de la Cátedra "Alteraciones del Lenguaje en el Adulto" de la Universidad Nacional de Rosario; "*El sujeto, el humano, el paciente, el igual…en fin, el ser, es identificado como tal y la humanidad de la terapéutica consiste en tender la mano de la ciencia y la tecnología al que podría ser yo pero hoy es el otro, con toda la empatía y la calidad científica de como lo haría conmigo mismo".*[24]

Para concluir, las Lic Yanco y Guidoni (2022) de la ciudad de Buenos

[23] Azcoaga, J. E. (1997). Neurolingüística y fisiopatología (Afasiología). Buenos Aires. Editorial El Ateneo.
[24] Ronher, L. 29/10 día mundial del ACV. www.colfono.org.ar

Aires, en su página E.N.A.P.A.N expresan que:

Una persona con afasia necesita:

- ✓ Que se le brinde más tiempo = PACIENCIA;
- ✓ Contar con apoyos visuales, que al hablarle se enfaticen las palabras más importantes, que se acompañe la comunicación oral con gestos = CONOCIMIENTO;
- ✓ Que se respete sus turnos de habla = EMPATIA
- ✓ Y por sobre todo y en todo AMOR.[25]

[25] Yanco, A. y Guidoni, H. Equipo Neurolinguistico de Atención al Paciente Adulto Neurológico. www.enapan.com.ar

# 2 PROBLEMA

¿Cómo es la Atención Temprana Fonoaudiológica en pacientes adultos con Síndromes Neurolingüísticos de diversas etiologías en el Hospital Dr. Diego Montoya de la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022?

# 3 VARIABLES

**Variable 1:** Atención Temprana Fonoaudiológica

Clasificación:

-Según su rol: Independiente

-Según su naturaleza: Cualitativa

-Según su escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Es la intervención del profesional fonoaudiólogo en los dos primeros momentos del Accidente Cerebro Vascular y Traumatismo Craneoencefálico, llamados periodo agudo y subagudo. La misma se considera una emergencia fonoaudiológica.

Definición operacional: Estará dado bajo los datos extraídos en las historias clínicas en cuanto a si los pacientes recibieron atención temprana fonoaudiológica en el periodo agudo (paciente en terapia intensiva), subagudo (paciente en sala) o ambos en el Hospital Dr. Diego Montoya, de la Ciudad de las Varillas. En pacientes adultos de sexo masculino y femenino que concurrieron con diagnóstico de ACV o TCE durante el periodo comprendido 2018 al 2022.

Modalidades: Periodo Agudo - Subagudo – Ambos.

Indicador: Momento en que recibe atención fonoaudiológica.

**Variable 2:** Etiologías

Clasificación:

-Según su rol: Independiente

-Según su naturaleza: Cualitativa

-Según su escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Según la OMS, en la medicina, la etiología se refiere al estudio o búsqueda del origen de una enfermedad, con el fin de encontrar un diagnóstico y tratamiento adecuado para la misma.

Definición operacional: En dicho estudio se buscará las etiologías que dan como resultado alteraciones neurolingüísticas, en especial aquellas de mayor frecuencia como son el ACV, TC y TCE.

Modalidades: ACV - TC - TCE

Indicador: Diagnóstico médico

**Variable 3:** Síndromes Neurolingüísticos

Clasificación:

-Según su rol: Dependiente

-Según su naturaleza: Cualitativa

-Según su escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Conjunto de signos y síntomas evidenciables como alteraciones en la comunicación y el lenguaje producto de un daño neurológico.

Definición operacional: Se extraerán los datos de las historias clínicas en relación a si los profesionales tratantes mencionan o no la presencia de alteraciones en la comunicación y el lenguaje en sentido estricto. Es decir, será Síndrome Afásico cuando presente síntomas correspondientes al AV y será Síndrome Anártrico cuando presente síntomas del ACMV. En los cuadros mixtos estarán presentes en diversos grados síntomas de ambos analizadores.

Modalidades: Síndrome Afásico – Síndrome Anártrico – Síndrome mixto.

Indicadores:

- Síntomas correspondientes al ACMV – AV

**Variable 4:** Conocimiento de los profesionales sobre el rol del fonoaudiólogo en AT.

Clasificación:

-Según su rol: Independiente

-Según su naturaleza: Cualitativa

-Según su escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Es la comprensión que poseen los profesionales de la salud del Hospital Dr. Diego Montoya sobre la necesidad e intervención del fonoaudiólogo en casos de pacientes con diagnóstico médico de ACV, Tumor Cerebral y TCE desde el momento inmediato a su recepción.

Definición operacional: Se le pedirá a los profesionales de áreas afines que respondan una breve encuesta donde mencionarán sobre su conocimiento o no en relación a la atención temprana fonoaudiológica. Se considerará un conocimiento muy bueno (al responder ocho, nueve o diez de diez ítems), bueno

(al responder seis o siete de diez ítems) y regular (al responder cuatro o cinco de diez ítems).

Modalidades: Muy Bueno – Bueno – Regular

Indicadores:

- Interconsulta con fonoaudiología
- Momento de intervención del fonoaudiólogo
- Asistencia del fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE
- Intervención del fonoaudiólogo con el paciente-familia-profesionales.

# 4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto del presente estudio de investigación está conformada por un lado, por 30 adultos de sexo femenino y masculino que concurrieron al Hospital Municipal Dr. Diego Montoya de la Ciudad de las Varillas, Provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022. Y por otro lado, por 15 profesionales de la salud de diversas áreas que brindan atención en el Hospital Dr. Diego Montoya.

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Pacientes Adultos con diagnóstico médico de Accidente Cerebrovascular, Traumatismo Craneoencefálico y Tumores Cerebrales.
- Profesionales de la Salud de áreas afines a los casos de ACV, TCE, y TC.

Y se excluyen:

- Pacientes Adultos con diagnóstico médico con otras patologías neurológicas como enfermedad de Alzheimer, enfermedad degenerativa como (Esclerosis Lateral Amiotrófica), meningitis, epilepsia, infecciones, entre otras. O que no cuente con la totalidad de los datos.
- Profesionales de la salud de otras áreas, tales como, pediatra, ginecólogo, odontólogo, gastroenterólogo, hemoterapia, flebologo, alergista.

| **Diagnóstico Médico** | **Nº de Pacientes** | **% de Pacientes** |
|---|---|---|
| ACV | 20 | 34,5% |
| TCE | 10 | 17,2% |
| TUMORES | 1 | 1,7% |
| Otro Diagnóstico | 12 | 20,6% |
| Sin datos | 15 | 26% |
| TOTAL= | 58 | 100% |

En síntesis, se trabajó con un total de 30 pacientes (equivale el 51,7% de la totalidad de los casos) con diagnósticos de ACV y TCE, y con 15 profesionales encuestados del Hospital Dr. Diego Montoya de La Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba.

# 5 DISEÑO

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Es un estudio de tipo descriptivo, ya que está orientado a determinar cómo es la situación de las variables en la población, mediante una descripción e interpretación detallada. Es de corte transversal, ya que se recopilaron datos de historias clínicas haciendo un corte en el tiempo, en este caso, el período comprendido entre los años 2018-2022, y retrospectivo, debido a que los datos registrados corresponden a sucesos ocurridos con anterioridad al momento de inicio del estudio.

# 6 PROCEDIMIENTO, TECNICAS E INSTRUMENTOS

Procedimiento: al momento de dar inicio a este trabajo de investigación, el objetivo era obtener información sobre la Atención Temprana Fonoaudiológica en pacientes adultos con Síndromes Neurolingüísticos de diversas etiologías en el Hospital Dr. Diego Montoya de la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022. Describir las diversas etiologías que ocasionan Síndromes Neurolingüísticos en pacientes adultos. Conocer los Síndromes Neurolingüísticos que presentan los pacientes adultos luego de un ACV, Tumor Cerebral o Traumatismo Craneoencefálico. Y determinar el grado de conocimiento de los profesionales en cuanto al rol del fonoaudiólogo en casos de Síndromes Neurolingüísticos.

Se procedió a enviar vía mail un pedido de autorización al sector de tesinas de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Fonoaudiología de la Universidad Nacional de Rosario, para poder presentar ante el nosocomio.

Posteriormente, se contactó con la directora del Hospital, a fin de solicitar una reunión y poder presentar el permiso expedido por facultad. Siendo necesario para poder llevar a cabo el relevamiento de datos por medio de datos extraídos de las historias clínicas y una encuesta a los profesionales de la salud que ejercen en dicho Hospital.

Luego, una vez obtenida la autorización por parte de la dirección del Hospital, se procedió con la asistencia al mismo. Cabe destacar que para la recolección de datos de las historias clínicas, se debió en primera instancia hacer una búsqueda minuciosa desde un libro de acta, donde figuraban los motivos de consultas de todos los pacientes que concurrieron por guardia al hospital en el periodo investigado. Ya que, las historias clínicas se encuentran en sobres papel madera, con número de identificación personal pero no distribuidos por año ni por diagnósticos. Hace aproximadamente dos años se digitalizaron las historias clínicas. Una vez, detectados los casos a fines a dicha investigación, se continuó con la lectura de cada una de las historias clínicas para la extracción de datos.

Por otro lado, gracias a la colaboración de la Asistente Social del nosocomio, quien amablemente me contactó con los profesionales del mismo, luego de varias semanas de espera debido a que en ese momento se

encontraban en asamblea; se procedió a realizar las encuestas a los profesionales.

Finalmente, se continuó con el análisis de los datos.

Técnica: La información se obtuvo tanto de manera primaria como secundaria. De manera primaria por medio de un formulario que se confeccionó específicamente para la recolección de datos de la presente investigación. Los encuestados fueron 15 profesionales quienes participaron de manera voluntaria; y anónima. Además, se recurrió a fuentes secundarias, obteniendo los datos de manera indirecta. Se analizaron las historias clínicas de 30 pacientes que consultaron a la institución durante los años 2018 - 2022.

Instrumento: Los instrumentos utilizados fueron una planilla de volcado de datos extraídos de las historias clínicas y para conocer específicamente la variable nº4; “conocimiento de los profesionales sobre el rol del Fonoaudiólogo en atención temprana”, se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas SI/NO o en algunos casos selección de opciones.

# 7 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los datos necesarios se procedió a realizar el análisis de los mismos. Para esto se estudió detalladamente cada una de las variables, en primer lugar las vinculadas con las historias clínicas y en segundo lugar la variable número cuatro analizada de manera individual y general por cada profesional encuestado.

Para la presentación de los resultados obtenidos se confeccionaron cuadros y un gráfico de barras y de sector circular para observar cada variable y modalidad en estudio.

Dentro de cada cuadro/gráfico se encuentran en valor de porcentaje como se expresaron cada variable.

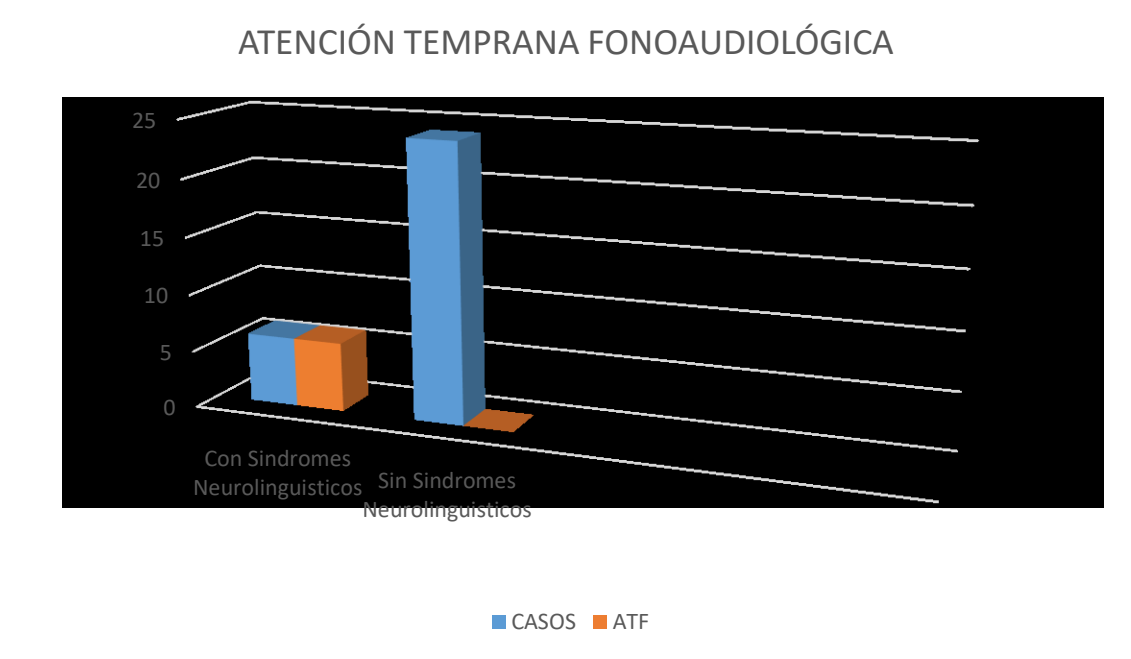
# *B-CONTEXTO DE REALIDAD*

## 1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

En los siguientes cuadros y gráficos se presentan la información que se obtuvo a partir de los datos extraídos de las historias clínicas y de las respuestas dadas por parte de los profesionales encuestados.

**GRÁFICO Nº1**

**"ATENCIÓN TEMPRANA FONOAUDIOLÓGICA"**



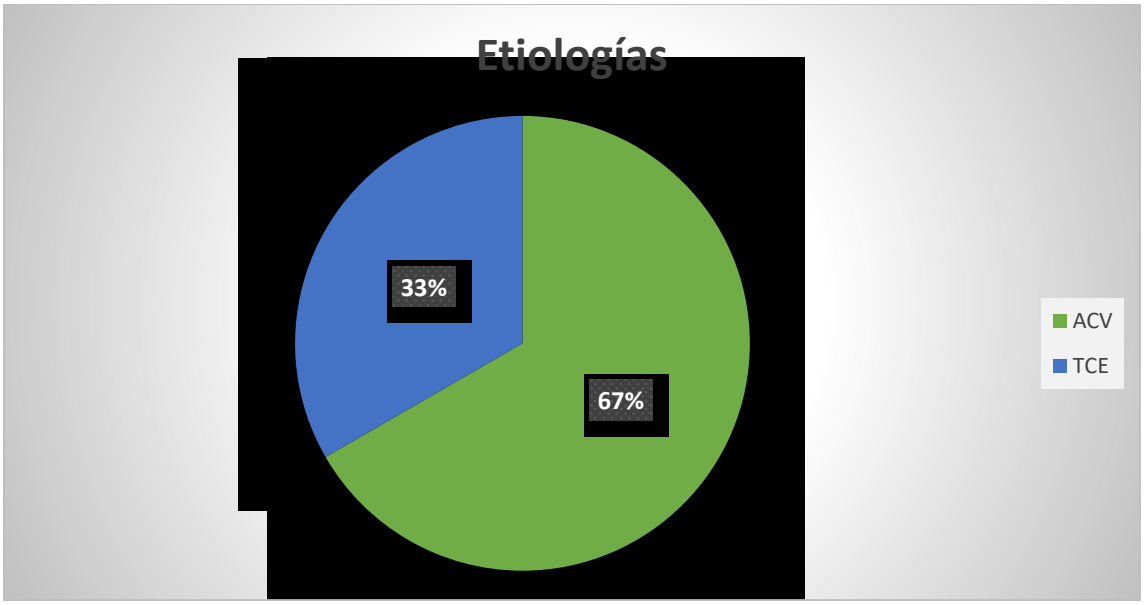

Este gráfico resume información obtenida a partir de los datos de historias clínicas en cuanto a si los pacientes recibieron Atención Temprana Fonoaudiológica en el Hospital Dr. Diego Montoya de la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba. Durante los años investigados 2018 al 2022.

Entre los 30 pacientes que concurrieron al Hospital con diagnósticos de ACV y TCE, 6 con Síndromes Neurolingüísticos recibieron A.T.F. en el periodo subagudo (sala) y 24 sin Síndromes Neurolingüísticos, por lo cual no necesitaron A.T.F. durante los años 2018-2022. Es decir, el 100% recibió A.T.F.

## GRAFICO Nº2

## "ETIOLOGÍAS"

El siguiente gráfico muestra las etiologías que dan como resultado alteraciones neurolingüísticas, entre ellas destacamos el Accidente Cerebro Vascular (ACV), y el Traumatismo Craneoencefálico (TCE) dadas en el periodo 2018-2022 en el Hospital Municipal Dr. Diego Montoya. En relación al Tumor Cerebral (TC) fue hallado un único caso en el año 2021 sin contar con historia clínica completa.




| PACIENTES CON SÍNDROMES NEUROLINGUISTICOS | ETIOLOGÍA |
|---|---|
| 6 | ACV |

Cabe destacar que de los 30 casos investigados, 20 corresponden a etiología de ACV y 10 a etiología de TCE. Siendo un total de 67% de casos de ACV y 33% de casos de TCE.

Además, de los 6 casos con Síndromes Neurolingüísticos el 100% tuvo de etiología ACV.

**CUADRO Nº 1**

**"SÍNDROMES NEUROLINGUÍSTICOS"**

| Síndromes Neurolinguísticos | Pacientes | Síntomas lingüísticos (ACMV – AV) | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| Síndrome Afásico | 5 | 1-Dificultad para la comprensión– anomia– fatigabilidad– perseveración en la comprensión.<br>2-Logorrea– intoxicación por la orden– neologismo– ecolalia.<br>3-Logorrea– jergafasia – déficit para la comprensión– fatigabilidad.<br>4-Agramatismo semántico- latencia.<br>5-Parafasia- déficit para la comprensión. | 83,3% |
| Síndrome Anártrico | 1 | Agramatismo morfosintáctico Lentificación. | 16,7% |
| Síndrome Mixto | - | - | - |
| Total: | 6 | - | 100% |

De los 30 casos investigados, 6 con etiología de ACV tuvieron ATF en sala. De los 24 restantes, algunos fueron evaluados en su lenguaje por el personal de enfermería, médicos clínicos y/o neurólogos donde ellos mencionan en las historias clínicas como se encuentra el paciente, en casos de etiologías de ACV como TCE. Por lo cual, a los fines de este trabajo no se considera dentro de la nomenclatura Síndrome Neurolingüístico.

Encontramos expresiones tales como, paciente comunicativo, conversa, obedece ordenes, manifiesta cefalea, orientado en tiempo y espacio, lúcido

comunicativo, niega dificultades en el habla, disminución de fuerza en brazo y pierna derecha, parestesia en hemilengua, hemicara y mano derecha. Lenguaje aletargado, dislalia, bradilalia, usa un lenguaje comprensible, hemiparesia derecha con desviación en comisura labial, afasia de expresión, disartria leve, verborragia con discurso desorganizado.

De los 6 casos hallados con Atención Temprana Fonoaudiológica; cuatro fueron derivados a la fonoaudióloga del hospital con el motivo de consulta: dificultades en la deglución, con expresiones tales como: fauces no congestiva, hemiparesia, lengua móvil, secuela motriz y deglutoria, rehabilitación fonoaudiológica por tratamiento deglutorio, faringoamigadalitis que provoca dificultades para deglutir líquidos y sólidos, disglosia y disnea. En dichos casos la fonoaudióloga tratante, menciona si es conveniente o no la alimentación por vía oral, enteral o parenteral. Y luego menciona algunos síntomas que se evidencian a nivel del lenguaje.

En cuanto al aspecto estrictamente lingüístico, cabe destacar que la fonoaudióloga utiliza, en algunos casos, otros términos para definir el estado del paciente. Por tal motivo, se realiza la correspondencia con la sintomatología vinculada al AV y al ACMV respectivamente. Se mantiene lo escrito en las historias clínicas por la profesional y entre paréntesis se nombra los síntomas hallados.

De los 6 casos atendidos en sala, por un lado, el 83,3% (5 casos) tenían síntomas correspondientes al Síndrome Afásico. Se destacan los de afectación del Analizador Verbal: dificultad en la comprensión como en la elocución.

Caso nº 1: dificultad en la comprensión, anomia, fatiga (fatigabilidad), y contaminación del lenguaje (perseveración en la comprensión).

Caso nº 2: usa un lenguaje que no se entiende (logorrea), dificultad para comprender órdenes, repite (intoxicación por la orden), habla sin pausas, no se entiende lo que dice, usa palabras que no están en nuestro vocabulario (neologismo), ecolalias.

Caso nº 3: paciente con verborragia, pero su lenguaje no es comprensible, (logorrea y jergafasia) se comunica con gestos y se hace entender. No comprende las órdenes ni las consignas largas (déficit para la comprensión), parece estar cansada (fatigabilidad) y con mucha angustia.

Caso nº 4: paciente comunicativa con omisión de palabras claves (agramatismo semántico), tarda en responder, se queda como pensando, (latencia), seguir viendo aspecto comprensivo. Dato agregado: Complicación con glucemia, obesidad mórbida. Óbito.

Caso nº 5: Afasia de expresión, menos contaminación del lenguaje en la elocución, cambia una palabra por otra (parafasia), afección del aspecto comprensivo del lenguaje (déficit para la comprensión), menos ausencia de respuestas ante estímulos intraorales, menos respuestas a pruebas aplicadas. Se trabaja aspecto comprensivo del lenguaje. Se les dan pautas a los hijos presentes para comunicarse, sobre ubicación temporo-espacial e inicio de automatismos y cómo manejarse con la paciente. Disfagia y Afasia por ACV hemorrágico. Dato agregado: alta médica. Comprensión del lenguaje: evolución favorable. Nivel elocutivo: pautas de trabajo.

Y por otro lado, el 16,7% (1 caso) con Síndrome Anártrico y síntomas correspondientes al ACMV: dificultad en la elocución.

Caso nº 1: el paciente usa un lenguaje agramático, pérdida de coherencia verbal por omisión de nexos (agramatismo morfosintáctico), tensión muscular en sector orofacial, habla más lento que lo normal (lentificación), pero lo más notorio es su dificultad para expresarse usando un lenguaje muy acotado por falta de conjugación verbal y de nexos. Dato agregado: Se solicita rehabilitación fonoaudiológica en su pueblo.

Por último, mencionar que no se encontraron síntomas correspondientes al Síndrome Mixto. Es decir, no fue determinado por la profesional tratante.

## CUADRO Nº 2

## "CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN A.T."

Se considera un conocimiento MUY BUENO en cuanto al rol del fonoaudiólogo en A.T. cuando el profesional responde afirmativamente 8, 9 o 10 de 10 ítems.

Un conocimiento BUENO, al responder afirmativamente 6 o 7 de 10 ítems.

Y un conocimiento REGULAR, al responder afirmativamente 4 o 5 de 10 ítems.

Escala de calificación: en una escala del 1 al 10.

- MUY BUENO: 8-9-10 puntos.
- BUENO: 6-7 puntos.
- REGULAR: 4-5 puntos.

| CONOCIMIENTO / ROL DEL FONO EN A.T. | Interconsulta con Fonoaudiología (Preg. 1, 5, 6 y 10) | Momento de intervención del fonoaudiólogo (Preg. 2, 4 y 9) | Asistencia del fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE (Preg. 3 y 8) | Intervención del fonoaudiólogo con el pac.-flia-prof. (Preg. 7) | TOTAL % |
|---|---|---|---|---|---|
| MUY BUENO | | | ✓ (10 puntos) | | 25% |
| BUENO | | - | - | - | - |
| REGULAR | ✓ (5 puntos) | ✓ (4 puntos) | | ✓ (5 puntos) | 75% |
| TOTAL | REGULAR | REGULAR | MUY BUENO | REGULAR | 100% |

A los fines prácticos, se agrupan las preguntas por categorías o indicadores:

- ✓ Interconsulta con fonoaudiología: Preguntas 1, 5, 6 y 10.
- ✓ Momento de intervención del fonoaudiólogo: Preguntas 2, 4 y 9.
- ✓ Asistencia del fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE: Preguntas 3 y 8.

- ✓ Intervención del fonoaudiólogo con el paciente-familia-profesionales: Pregunta número 7.

Cabe aclarar, que para un correcto análisis de los datos, en relación a la *pregunta número 4:* ¿Cuál es el momento que consideraría importante la intervención del Fonoaudiólogo en un paciente adulto con trastornos neurolingüísticos post-ACV?

- Cuando el paciente está en UCI SI / NO
- Cuando el paciente está en sala SI / NO
- Cuando el paciente es externado SI / NO
- Desde el ingreso al hospital hasta ser externado SI / NO

Se considera como respuesta correcta cuando el profesional responde de manera afirmativa en el ítem número 4. Los demás carecen de información, ya que como se vio en el extenso marco teórico la atención temprana fonoaudiológica abarca el periodo agudo y subagudo, es decir, desde el momento del ingreso al hospital, esto incluye si el paciente se encuentra en UCI o en sala y hasta ser externado.

En relación a la *pregunta número 5:* Cuando el paciente presenta dificultades para la deglución, la comprensión o expresión ¿se le pide al Fonoaudiólogo que intervenga?

- DEGLUCIÓN SI / NO
- COMPRENSIÓN SI / NO
- EXPRESIÓN SI / NO

Se considera como respuesta correcta cuando el profesional responde de manera afirmativa en los tres ítems, dando prioridad en este caso, debido al enfoque de dicha investigación a los ítems 2 y 3 relacionados con la compresión y expresión.

Y por último, en relación a la *pregunta número 9*: Según su opinión, ¿la atención de pacientes adultos con síndromes neurolingüísticos, debe iniciarse por el Fonoaudiólogo en el momento que se encuentra en sala? SI / NO

Se considera como respuesta correcta cuando el profesional responde de manera negativa, ya que consideramos que la intervención del profesional fonoaudiólogo debe iniciarse de manera indirecta desde el momento en que el paciente se encuentra en terapia intensiva.

**Detalle de respuestas obtenidas por categoría:**

"Interconsulta con Fonoaudiología": Pregunta Nº1 y Nº5: seis profesionales respondieron de manera correcta en ambas, esto representa el 40% de los encuestados. En la pregunta Nº6: dos respondieron correctamente siendo el 13.3% de los encuestados. Y en la pregunta Nº 10: catorce profesionales respondieron lo esperado, siendo el 93.3% de los encuestados. Es decir, en la sumatoria de los porcentajes encontrados y al dividir por las cuatro preguntas se obtiene un total de 46.6% lo cual en una escala del 1 al 10 se considera 5 puntos.

"Momento de intervención del Fonoaudiólogo": Pregunta Nº2: diez profesionales respondieron correctamente, representa el 66.6% de los encuestados. En la pregunta Nº4: ocho profesionales respondieron de forma correcta, y representa el 53.3% de los encuestados. Y en la pregunta Nº9: solo un profesional respondió correctamente, representando el 6.66% de los encuestados. De esta manera, se obtiene un total de 42.21%, es decir 4 puntos.

"Asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE": Tanto en la pregunta Nº3 como en la Nº8: los quince profesionales respondieron afirmativamente, lo cual representa el 100% de los encuestados. Es decir, se obtuvo 10 puntos en esta categoría.

"Intervención del Fonoaudiólogo con el paciente, familia y profesionales": Pregunta Nº7: ocho respondieron de manera correcta, y representa el 53.3% de los encuestados. De modo que, se obtienen 5 puntos.

En resumen: El 25% de los profesionales tienen un conocimiento MUY BUENO en relación al indicador "Asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE" , mientras que el 75% de los profesionales tienen un conocimiento REGULAR con respecto a los indicadores "Interconsulta con Fonoaudiología,

Momento de intervención del fonoaudiólogo e Intervención del fonoaudiólogo con el paciente, familia y profesionales".

En el apartado "OTROS COMENTARIOS", transcribimos la respuesta textual de dos profesionales:

1) Estos pacientes deberían ser abordados interdisciplinariamente, con ORL y Fono, además de las especialidades clínicas de terapia, neurología, etc.
2) Se le consulta cuando presentan dificultades en la deglución.

Por último, mencionar que los profesionales encuestados fueron:

1 Trabajadora social con 8 años de ejercicio en la Institución.
2 Médicas Anestesistas con 12 y 15 años de antigüedad.
1 Médica ORL con 3 años de ejercicio en el nosocomio.
1 Médica clínica con 5 años de profesión.
1 Médico clínico con 6 años de ejercicio.
2 Médicos Neurólogos con 12 y 15 años cada uno.
2 Traumatólogos con 4 y 11 años respectivamente.
1 Cardiólogo con 10 años de antigüedad.
2 Médicos cirujanos con 7 y 10 años cada uno.
1 Psicóloga con 6 años de ejercicio.
1 Psiquiatra con 8 años de atención.

# *C-CONTEXTO DE JUSTIFICACION*

# 1. INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN

El hospital Dr. Diego Montoya, se encuentra ubicado dentro del sistema de atención, en el nivel I y II, es decir (Hospital de baja y mediana complejidad), no obstante al ser municipal, se atiende a la población de zonas vecinas. Siendo el único efector público de la ciudad y referente zonal.

El Hospital cuenta con dos Centros Periféricos (C.P.), distribuidos en distintos puntos estratégicos de la ciudad.

El Centro Periférico Nº1 presta servicios de Enfermería, Medicina Clínica, Pediatría y Psicología.

Y el Centro Periférico Nº2 presta atención en Enfermería, Odontología y Fonoaudiología. Dicho Centro fue creado en septiembre de 1993 siendo la única dependencia en salud de la Municipalidad; ya que en ese entonces el Hospital era provincial.

En ambos C.P. el servicio de enfermería concentra la vacunación de toda la población y para todos los grupos etarios. Además, se realizan en el Hospital, las Otoemisiones Acústicas.

En casos, de ingresos de pacientes con determinadas patologías que exceden al nivel de atención, son derivados a nosocomios de alta complejidad como ser el Hospital Iturraspe ubicado en la localidad de San Francisco, el Hospital de la ciudad de Villa María o el de Córdoba Capital. Dependiendo de la disponibilidad de camas, ambulancias, personal de salud, entre otros factores a tener en cuenta.

Desde la dirección del Hospital, mencionan la falta de infraestructura para la atención de casos de alta complejidad, donde se procede a la estabilización del paciente y luego a la derivación correspondiente.

En este sentido, encontramos múltiples casos con diagnósticos de ACV o TCE, donde fueron derivados a centros de otras localidades, y cabe mencionar que muchos de esos pacientes luego retoman su atención en el hospital local para continuar con el seguimiento del mismo. También en casos en donde el lugar de procedencia es distinto a la ciudad de Las Varillas, son tratados y luego de pasado el estado crítico retoman sus consultas por los consultorios externos.

Es importante mencionar, en lo que respecta al Servicio de Fonoaudiología, que el mismo es realizado por una fonoaudióloga de planta

permanente de más de 30 años de antigüedad. Si bien su trabajo se concentra en la atención semanal en el Centro Periférico Nº2, y las otoemisiones acústicas realizadas en el Hospital, en los casos con los diagnósticos estudiados en dicha investigación, la misma es solicitada para una valoración.

Los objetivos propuestos en este estudio fueron, analizar la *Atención Temprana Fonoaudiológica* en pacientes adultos con Síndromes Neurolingüísticos de diversas etiologías en el Hospital Dr. Diego Montoya de la Ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022. Describir las *etiologías* que ocasionan dichos síndromes. Conocer los *Síndromes Neurolingüísticos* que presentan luego de un ACV, Tumor o Traumatismo Craneoencefálico. Y determinar el *grado de conocimiento* de los profesionales en cuanto al rol del fonoaudiólogo en estos casos.

En lo que respecta, al estudio de la variable Nº1, llamada "*Atención Temprana Fonoaudiológica"*, encontramos que entre los 30 pacientes que concurrieron al Hospital con diagnósticos de ACV y TCE durante los años 2018 al 2022:

- 6 recibieron A.T.F. en el periodo subagudo, es decir encontrándose el paciente en sala.
- 24 no presentaron Síndromes Neurolingüísticos, por lo cual no necesitaron A.T.F.
- Entonces, el 100% recibió A.T.F.

Interpretándose lo hallado, como un buen signo en lo referente a la importancia de la A.T.F. mencionada en el marco teórico. Ya que, teniendo en cuenta, que tratándose de casos donde las secuelas neurolingüísticas se hacen evidentes, y que deben ser tratadas como una urgencia fonoaudiológica para así evitar daños lingüísticos mayores. En primer lugar, se hace hincapié en la necesidad de la consulta a la profesional en Fonoaudiología desde el inicio de la afección. Debido a que, el grado de recuperación que pueda alcanzar el paciente que presenta trastornos lingüísticos a consecuencia de un ACV o Traumatismo Craneoencefálico se encuentra relacionado con el momento de atención, si no se actúa de manera temprana esto puede incidir negativamente en el pronóstico y recuperación del trastorno lingüístico del paciente.

Asimismo, vimos que una de las incumbencias del fonoaudiólogo es la intervención temprana, entendida como acciones de neurorehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje. Por tal

motivo, creemos que es indispensable considerar la oportuna intervención del Fonoaudiólogo. Hecho que se vislumbra en esta investigación, ya que los casos en su totalidad fueron atendidos por la profesional en fonoaudiología.

En segundo lugar, como menciona, Mónica Cerutti de Cappa, el concepto de Atención Temprana implica estudiar las funciones alteradas (o que se presuponen alteradas), determinar grados o niveles de dificultad o establecer una presunción diagnóstica. Entonces, existe la necesidad de la interacción de la terapia del lenguaje con la recuperación espontánea. Ya que, como explica Ana Basso, la afasia no es un trastorno estático, en el periodo inmediatamente sucesivo al evento (siempre que no se trate de una patología progresiva), la casi totalidad de los sujetos que sobreviven mejoran. Para esto, es vital la participación del profesional idóneo manteniendo al paciente comunicado, estableciendo un vínculo con él y su familia, como así también posibilitar su óptima adaptación psicológica, emocional, familiar y social. Realidad que se encontró en dicha investigación. Si bien, la cantidad de casos detectados con alteraciones lingüísticas fue menor en relación a la población general, pero cabe destacar que todos ellos fueron abordados oportunamente por la Fonoaudióloga tratante.

Y en tercer lugar, cabe mencionar, que durante el período agudo, cuando el paciente se encuentra en cuidados intensivos, el objetivo fonoaudiológico es preventivo, ya que se busca impedir que devengan daños lingüísticos irreversibles. Y la modalidad de intervención es indirecta, debido a que el fonoaudiólogo no trabaja con el paciente directamente en esta primera instancia, pero sí con los profesionales a cargo y con la familia en general. En este momento se realizan diversas tareas, las cuales no fueron determinadas en los casos analizados. Por otro lado, en el período sub-agudo, cuando el paciente se encuentra en sala; el objetivo es terapéutico, y la modalidad de intervención es directa, con el paciente. En esta instancia, la intervención fonoaudiológica implica la evaluación dosificada, para arribar al Diagnóstico Presuntivo. Aquí también, se brindan pautas de comunicación a la familia, las cuales ya no son generales sino específicas para ese paciente, en función de lo que se evaluó. Se realizan tareas de evaluación del lenguaje que en los casos investigados se hallaron en la totalidad presentada.

En relación a la variable Nº2 llamada "*Etiologías*" de los 30 casos investigados:

- 20 corresponden a etiología de ACV.
- 10 a etiologías de TCE.
- Siendo un total de 67% de casos de ACV y 33% de casos de TCE.
- Los 6 casos con Síndromes Neurolingüísticos tuvieron ACV, es decir, el 100% con etiología ACV.

Lo cual, se corresponde con lo expuesto anteriormente, ya que, se reconoce que las tres cuartas partes de las afasias devienen de ACV, siendo la etiología de mayor frecuencia. La Organización Mundial de la Salud, sostiene que el ACV es la primera causa de discapacidad permanente y la segunda causa de muerte en el mundo. A su vez, es la tercera causa de muerte en Argentina.

Y de acuerdo con la información que se publicó en 2022 por La Organización Mundial de Accidentes Cerebrovasculares (WSO), "el riesgo de desarrollar un ACV a lo largo de la vida ha aumentado en un 50% en los últimos 17 años". Actualmente, se estima que 1 de cada 4 personas sufre un derrame cerebral en su vida. Por tal motivo, creemos que se debe trabajar sobre los factores de riesgo modificables para así contribuir a una óptima salud general.

Con respecto, a la variable Nº3 llamada "*Síndromes Neurolingüísticos*" de los 6 casos atendidos en sala:

- el 83,3% (5 casos) con Síndrome Afásico. Síntomas correspondientes al Analizador Verbal: dificultad en la comprensión como en la elocución.
- el 16,7% (1 caso) con Síndrome Anártrico. Síntomas correspondientes al Analizador Cenestésico Motor Verbal: dificultad en la elocución.

Como ya se mencionó, la afasia es una alteración en el lenguaje producto de un daño neurológico. Puede ser definida como la pérdida total o parcial del lenguaje como consecuencia de lesiones en determinadas áreas cerebrales. Esto se hace evidente, en todos los casos presentados, ya que fueron expuestos a padecer un daño neurológico, es decir un accidente cerebrovascular.

La sintomatología nos permite identificar y encuadrar el caso clínico en un determinado síndrome, para posteriormente definir las subsiguientes estrategias terapéuticas. Cabe destacar, que si bien, en los hallazgos

encontrados es mayor el porcentaje de Síndromes Afásicos sobre un único Síndrome Anártrico.

Ahora bien, se debe determinar en cada paciente las alteraciones específicas del lenguaje. A lo largo del desarrollo de la afasiología numerosos investigadores han propuestos diversas clasificaciones de las afasias, las cuales agrupan los síntomas de los pacientes de acuerdo con el marco teórico, la experiencia clínica y el enfoque con el que cada investigador considera el problema. Por tal motivo, es necesario destacar que en dicha investigación, nos encontramos con una manera de nombrar o denominar los trastornos del lenguaje en relación a la perspectiva paradigmática de la profesional. De todos modos, se pudo realizar una correspondencia con los hallazgos encontrados en relación a los síntomas lingüísticos.

Existe relación con lo mencionado anteriormente, sobre la existencia de dos códigos del lenguaje íntimamente vinculados pero organizados de manera independiente. Se corrobora el código semántico subordinando al código fonológico-sintáctico. Detectándose alteraciones en la elocución. De acuerdo, al nivel de depresión funcional se encuentra diferente sintomatología. Si bien, no se describe el mismo, pero haciendo una interpretación de los datos, se reconoce que por un lado:

- En los 5 casos con Síndrome Afásico (depresión funcional del AV) la sintomatología pertenece a: en el caso nº1: Dificultad para la comprensión – anomia – fatigabilidad – perseveración en la comprensión: NIVEL IV. En el caso nº2: Logorrea – intoxicación por la orden – neologismo – ecolalia: NIVEL IV-V. En el caso nº3: Logorrea – jergafasia – déficit para la comprensión – fatigabilidad: NIVEL IV-V. En el caso nº4: Agramatismo semántico - latencia: NIVEL III. Y en el caso nº5: Parafasia - déficit para la comprensión: NIVEL II-III.
- En el único caso (1) con Síndrome Anártrico (depresión funcional del ACMV) las sintomatología pertenece a: Agramatismo morfosintáctico y lentificación. NIVEL I-II

Esto nos demuestra que cada paciente presenta particularidades. Es decir, los síndromes afásicos agrupan síntomas que suelen aparecer conjuntamente, pero es incorrecto considerar un listado de características que deben estar presentes invariablemente cuando se diagnóstica al paciente. En

este sentido, no se puede encuadrar dentro de un único nivel al caso clínico, ya que la sintomatología hallada corresponde a diferentes niveles de depresión funcional.

Con respecto, a la variable Nº4 llamada *"Conocimiento de los profesionales sobre el rol del Fonoaudiólogo en A.T.*"

- El 25% de los profesionales tienen un conocimiento MUY BUENO en relación al indicador "Asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE" ,
- El 75% de los profesionales tienen un conocimiento REGULAR con respecto a los indicadores "Interconsulta con Fonoaudiología, Momento de intervención del fonoaudiólogo e Intervención del fonoaudiólogo con el paciente, familia y profesionales".

Cabe mencionar, que como se detalló en el contexto de realidad, en dicha variable se detectó que los profesionales de Enfermería y/o Médicos Neurólogos son los que en ocasiones valoran el lenguaje de los pacientes. Siendo responsabilidad del profesional Fonoaudiólogo debido a que posee las herramientas necesarias para tal fin. En este sentido, recordando lo dicho por la Dra. Claudia Ithurralde (2017) donde refiere que los profesionales que están involucrados con la atención de estos pacientes; se da en mayor medida por Neurología (como agentes derivadores) y con los profesionales de enfermería presentes en sala, que siguen la evolución diaria. En el primer caso, el fonoaudiólogo da una devolución de lo observado en sala: con un informe del diagnóstico presuntivo del lenguaje; en el segundo, brindando también pautas de comunicación particulares al paciente evaluado. Por tal motivo, este aspecto es fundamental para reconsiderar. Asimismo, es importante mencionar que los profesionales que realizaron las derivaciones oportunas a la profesional en fonoaudiología permitieron la A.T.F. de los casos presentados, así como destacar la importancia de la existencia de una Fonoaudióloga que trabaja con la población adulta.

De todas maneras, creemos que es importante que otras profesiones conozcan las acciones que el fonoaudiólogo puede realizar en estos casos, ya que esto influye en la participación efectiva del profesional en la atención del paciente afásico. Y como dice el Dr. Azcoaga, la tarea de exploración del

lenguaje debe estar en manos de un profesional que se dedica a ello de modo especializado. Y tal actividad la cumple el Fonoaudiólogo.

En cuanto a la intervención fonoaudiológica, Carolina Méndez, de la Universidad de Chile y subdirectora de la Asociación Internacional de Afasia y Cognición, explica que: si bien el rol del Fonoaudiólogo se destaca en las alteraciones de la deglución tras un ACV, cerca de un tercio de los pacientes queda con alteraciones en la comunicación y la cognición. Una derivación temprana por parte del neurólogo de estas dificultades facilita la intervención cognitivo-lingüística oportuna del fonoaudiólogo, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes. En consonancia con lo expuesto, este estudio de investigación permite vislumbrar que gran parte de los pacientes que concurren al Hospital son derivados al profesional Fonoaudiólogo en primera instancia, debido a las alteraciones en la deglución; observado en 4 de los 6 casos presentados. Por otra parte, se hace mención a que más allá, del motivo de derivación los casos detectados presentaban síndromes neurolingüísticos que pudieron ser abordados por la profesional.

Existe una tesina cuya autoría pertenece a Delfino Agostina y Notari Micaela; con la colaboración de las Licenciadas Lenarduzzi Tamara y Ana Clara Isaías, presentada en la Universidad Nacional de Rosario en el año 2020, para el alcance del título Lic. en Fonoaudiología. Donde dicha investigación pone de manifiesto el conocimiento que tienen los profesionales que conforman el Servicio de Rehabilitación del Hospital “San José” de Pergamino. El objetivo central del trabajo, fue determinar cuál es el conocimiento que poseen los profesionales de la salud sobre la Fonoaudiología, particularmente en la atención del paciente adulto con trastorno neurolingüístico consecuente a un ACV. La población estuvo constituida por un total de 23 profesionales de la salud. Y cuantitativamente obtuvieron como resultado que el conocimiento que tienen los miembros del equipo acerca del rol del fonoaudiólogo en la atención de estos pacientes es: 100% Bueno. En contraposición, en nuestro estudio encontramos que de 15 profesionales encuestados, el 25% posee un conocimiento MUY BUENO en relación al indicador llamado “Asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE” y el 75% tienen un conocimiento REGULAR con respecto a tres indicadores “Interconsulta con Fonoaudiología, Momento de intervención del fonoaudiólogo e Intervención del fonoaudiólogo con el paciente, familia y

profesionales". Demostrando así, a grandes rasgos, que es necesario trabajar sobre dicho criterio. Pero, reconociendo que no se puede extrapolar ambos resultados ya que las condiciones generales son diferentes, así como la población investigada.

Asimismo, una tesina realizada en el año 1998 en la ciudad de Reconquista, con el propósito de indagar que conocimiento tenían los distintos profesionales de la salud sobre el Rol del Licenciado en Fonoaudiología, así como también los motivos de derivación más frecuentes y los vínculos que mantienen con el profesional Fonoaudiólogo. Obtuvieron como resultado que de los 110 profesionales encuestados el (62,7%) la gran mayoría posee un conocimiento parcial. Las áreas mencionadas con mayor frecuencia fueron el Habla y la Audición. Sin mencionar entonces el área del Lenguaje. Y el 26,5% de los profesionales no mantiene vínculos con el fonoaudiólogo. Esto, reafirma la necesidad de continuar trabajando para que nuestra labor sea conocida ya que esto deviene de hace tiempo, y en distintas localidades de la Argentina. Si bien, nuestra profesión con el paso de los años se ha comenzado a visibilizar y deja de ser una simple profesional que ayuda al niño a hablar mejor; es evidente que es de suma necesidad el compromiso de cada Fonoaudiólogo/a en dar a conocer en el lugar de residencia y hoy en día en colaboración con los medios tecnológicos/redes, sobre nuestras incumbencias y contribución en mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y así, enaltecer nuestra amada profesión.

## 2. CONCLUSIONES

A partir de la recolección y el análisis de los datos de los pacientes que concurrieron al Hospital Dr. Diego Montoya, de la Ciudad de las Varillas durante los años 2018 al 2022, y en relación al problema y objetivos planteados en esta investigación, se puede concluir que

Entre los 30 pacientes que concurrieron al Hospital con diagnósticos de ACV y TCE, 6 con Síndromes Neurolingüísticos recibieron A.T.F. en el periodo subagudo (sala) y 24 sin Síndromes Neurolingüísticos, no necesitaron A.T.F. durante los años 2018-2022. Es decir, el 100% recibió A.T.F.

De los 30 casos investigados, 20 corresponden a etiología de ACV y 10 a etiología de TCE. Siendo un total de 67% de casos de ACV y 33% de casos de TCE.

Además, los 6 casos que recibieron ATF, tuvieron de etiología ACV. Los 24 restantes con etiologías de ACV como TCE fueron evaluados en su lenguaje por el personal de enfermería, médicos clínicos y/o neurólogos donde ellos mencionan en las historias clínicas como se encuentra el paciente.

De los 6 casos atendidos en sala, por un lado, el 83,3% (5 casos) con síntomas correspondientes al Síndrome Afásico. Se destacan los de afectación del Analizador Verbal: dificultad en la comprensión como en la elocución. Y por otro lado, el 16,7% (1 caso) con Síndrome Anártrico y síntomas correspondientes al ACMV: dificultad en la elocución.

Por último, de los 15 profesionales encuestados, el 25% tienen un conocimiento MUY BUENO en relación al indicador “Asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE” , mientras que el 75% de los profesionales tienen un conocimiento REGULAR con respecto a los indicadores “Interconsulta con Fonoaudiología, Momento de intervención del fonoaudiólogo e Intervención del fonoaudiólogo con el paciente, familia y profesionales”.

En síntesis; la Atención Temprana Fonoaudiológica en pacientes adultos con Síndromes Neurolingüísticos es de un 100%, las etiologías frecuentes son 67% de ACV y 33% de TCE; los Síndromes Neurolingüísticos son 83,3% Síndromes Afásicos y 16,7% Síndrome Anártrico; y el Conocimiento que poseen los profesionales encuestados sobre el Rol del Fonoaudiólogo en AT es 25%

Muy Bueno en relación a un indicador (Asistencia del Fonoaudiólogo) y 75% Regular en tres indicadores (Interconsulta, Momento e Intervención del Fonoaudiólogo).

# 3. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A la hora de llevar adelante este trabajo de investigación, en general no se presentaron grandes limitaciones. Pero sí se puede mencionar como tal, a lo vinculado con los plazos generales, ya que para cada instancia se requiere de tiempo y por lo tanto, paciencia. En este sentido, al momento de concurrir al hospital para la recolección de los datos tanto a través de la lectura de historias clínicas como de las encuestas realizadas a los profesionales de la salud, el mismo se encontraba de asamblea, por tal motivo, se debió posponer la fecha de asistencia por el cabo de un mes aproximadamente. A su vez, al momento de realizar las encuestas a cada profesional, nos encontramos con diferencias en cuanto a los tiempos para acordar la toma de las mismas, ya que al salir de una asamblea tan prolongada sus tiempos estaban muy acortados debido a la gran demanda de pacientes.

En lo que respecta a las sugerencias de este trabajo, se recomienda una futura investigación más exhaustiva en pacientes con diagnóstico de ACV que reciban ATF en uno o ambos periodos, con una población más grande y realizando una comparación entre efectores de salud públicos y privados.

A su vez, se propone un estudio sobre el conocimiento que presentan los profesionales de la salud acerca de la interconsulta, momento e intervención del Fonoaudiólogo en la rehabilitación de pacientes con diagnóstico de ACV, a fin de promover derivaciones e interconsultas oportunas.

## ***Referencias***


Alessandro, Lucas, Olmos, Lisandro E., Bonamico, Lucas, Muzio, Diana M., Ahumada, Martina H., Russo, María J., Allegri, Ricardo F., Gianella, Matias G., Campora, Horacio, Delorme, Ricardo, Vescovo, Maria Esther, Lado, Vanina, Mastroberti, Liliana R., Butus, Ayelen, Galluzzi, Hugo D., Décima, Graciela, y Ameriso, Sebastian F. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. Medicina. Buenos Aires, 54-68. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es

Ardila, A. (2005). Las Afasias. Universidad de Guadalajara México.

Aronna, A. (2009). La emergencia fonoaudiológica y el equipo interdisciplinario en pacientes afásicos adultos. (pp.28).

Arroyo, A. (2009). Introducción en el porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. Revista Fonoaudiológica digital. Tomo 55, nº2. Buenos Aires.

Azcoaga, J. E. (1974). Aprendizaje fisiológico y aprendizaje pedagógico. Editorial Biblioteca Rosario.

Azcoaga, J. E. (1997). Neurolinguistica y fisiopatología (Afasiología). Cap. 2, 3, 5, 7, 11. Buenos Aires. Editorial El Ateneo.

Basso, A. (2010). La afasia: conocer para rehabilitar. Buenos Aires. Editorial Akadia.

Delfino, A. y Notari, M. (2020). Conocimiento que poseen los profesionales que conforman el Servicio de Rehabilitación del Hospital San José acerca del rol del fonoaudiólogo, el momento de su intervención y el modo de trabajo en equipo, con pacientes adultos que presentan síndromes neurolinguisticos causados por ACV, en la ciudad de Pergamino, en el año 2020. [Tesina de grado, Universidad Nacional de Rosario]. http://hdl.handle.net/2133/20497

Dossi,D. Cuidados post ACV: Prevención rehabilitación. 2019. FLENI. https://www.fleni.org.ar/wpcontent/uploads/2020/08/CuidadospostACV.CharlacomunidadDOSSI.pdf

Erin, Godecke. La terapia del habla temprana beneficia significativamente a los pacientes con accidente cerebrovascular. www.curtin.edu.au

Estadisticas ACV. Conoce la incidencia y los factores de riesgo. https://www.recavar.org/estadisticas-acv

Feldberg, Carolina e Ignacio, Demey. (2015). Manual de Rehabilitación cognitiva. Argentina. Editorial Paidos.

Geromini, G. (2005). Reversibilidad del trastorno neurolingüístico. Biblioteca ADINA. Rosario. www.adinarosario.com

Gonzalez, L. y Gonzalez, O. (2012). Afasia. De la teoría a la práctica. México. Editorial Médica Panamericana.

Helm-Estabrooks, N y Albert, M. (1994). Manual de terapia de la afasia. Madrid. Editorial Panamericana.

Iturralde, C. (2017). Responsabilidad social universitaria. Intervención fonoaudiológica con pacientes afásicos adultos. Rosario. Biblioteca ADINA. http://www.adinarosario.com/fotos/biblioteca/2017.ithurralde.responsabilidadsocialuniversidad.pdf

Ithurralde, C., Ronher, M., Lenarduzzi, T., De Rosa, G. (**AÑO**). Revisión Histórica acerca del estudio de la afasia. Cátedra Alteraciones del Lenguaje en el Adulto. Carrera de Lic. en Fonoaudiología. UNR.

Lizzi, E; Iriondo, A; Otros. (2013). Atención temprana: una perspectiva fonoaudiológica. Segunda edición. Rosario. Editorial Akadia.

Noblejas, A. y Varilla, L. (2009). Afasia Características e Intervención. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Educación. Didáctica de la Lengua en Educación Especial, T6.

Obelli, María del Rosario (1998). Estudio descriptivo sobre el conocimiento del rol del licenciado en fonoaudiología de los profesionales del área de la salud, ciudad de Reconquista, 1998. [Tesina de Grado, Universidad Nacional de Rosario] https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/bin-14356

Pérez Sempere A. (1999). Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular. Manual de Enfermedades vasculares cerebrales. Science Editores.

Rohner, L. 29/10 día mundial del ACV. www.colfono.org.ar

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (27 de octubre de 2020). Ley 27.568 del Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. Buenos Aires. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542

Victor, Ingrassia. Todas las respuestas sobre el ACV: una enfermedad que ataca a 126.000 argentinos por año. https://www.infobae.com/salud

Yanco, A. y Guidoni, H. (06 de enero de 2023). Equipo Neurolinguistico de Atención al Paciente Adulto Neurológico. www.enapan.com.ar

# ***ANEXOS***

## ANEXO 1:

## DATOS A EXTRAER DE LAS HISTORIAS CLINICAS:

- Pacientes que ingresaron al Hospital Dr. Diego Montoya en el periodo 2018 al 2022 con diagnóstico médico de Accidente Cerebro Vascular, Tumor Cerebral y Traumatismo Craneoencefálico.

- Consignar cantidades de pacientes con otras etiologías para el descarte como ser: pacientes con patologías neurológicas como enfermedad de Alzheimer, enfermedad degenerativa (Esclerosis Lateral Amiotrófica), meningitis, epilepsia, infecciones, entre otras. O que no cuente con la totalidad de los datos.

- Adultos de sexo masculino y femenino.

- Atención Temprana Fonoaudiológica de pacientes en terapia intensiva, en sala o en ambos periodos.

- Alteraciones en el lenguaje y comunicación: cuando los profesionales mencionan si el paciente presenta síntomas lingüísticos tanto del AV como del ACMV.

- Se consignarán además datos como, si el paciente se comunica con gestos, o demás variantes que pueden estar descriptas en dichas historias clínicas.

**ANEXO 2:**

**DATOS A RECOLECTAR ATRAVES DE UNA ENCUESTA DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL DR. DIEGO MONTOYA**

**ENCUESTA**

La misma tiene por objetivo indagar sobre el conocimiento que poseen los profesionales de la salud del Hospital Dr. Diego Montoya de la ciudad de Las Varillas, Provincia de Córdoba; sobre el rol del Fonoaudiólogo en Atención Temprana de pacientes con diagnósticos médicos de ACV, Tumor Cerebral y Traumatismo Craneoencefálico. Cabe aclarar que el mismo es de carácter anónimo.

**Responda a los siguientes ítems:**

Profesión:

Años que ejerce en la institución:

ACLARACIÓN: ACV (Accidente Cerebrovascular)
TC (Tumor Cerebral)
TCE (Traumatismo Craneoencefálico)
UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)

PREGUNTAS:

1) Cuando ingresa un paciente con diagnóstico médico de ACV-TC-TCE; ¿se le consulta al profesional Fonoaudiólogo sobre pautas de comunicación? SI / NO
2) Es necesaria la intervención del profesional Fonoaudiólogo cuando el paciente está en terapia intensiva, sala o ambas. SI / NO
3) Considera necesaria la asistencia del Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE. SI / NO
4) ¿Cuál es el momento que consideraría importante la intervención del Fonoaudiólogo en un paciente adulto con trastornos neurolingüísticos post-ACV? Cuando el paciente está en UCI SI / NO
   Cuando el paciente está en sala SI / NO
   Cuando el paciente es externado SI / NO

Desde el ingreso al hospital hasta ser externado SI / NO

5) Cuando el paciente presenta dificultades para la deglución, la comprensión o expresión ¿se le pide al Fonoaudiólogo que intervenga?

DEGLUCIÓN SI / NO
COMPRENSIÓN SI / NO
EXPRESIÓN SI / NO

6) Una vez determinado el diagnóstico médico y el paciente se encuentra internado en UCI o en sala. ¿Realiza una interconsulta con el Fonoaudiólogo sobre modalidades de comunicación, pautas, herramientas útiles para favorecer el contacto con el paciente y la familia? SI / NO
7) Según su conocimiento, ¿el profesional Fonoaudiólogo en casos de ACV-TC-TCE interviene con el paciente, la familia y los profesionales tratantes? SI - NO.
8) ¿Considera que en casos de pacientes adultos con ACV-TC-TCE se requiere de la atención temprana fonoaudiológica? SI / NO
9) Según su opinión, ¿la atención de pacientes adultos con síndromes neurolingüísticos, debe iniciarse por el Fonoaudiólogo en el momento que se encuentra en sala? SI / NO
10) ¿Piensa que es necesaria la mirada clínica del fonoaudiólogo para el abordaje de pacientes con síndromes neurolingüísticos? SI / NO

OTROS APORTES O COMENTARIOS:

……
……
……
……
……
……
……

**ANEXO 3:** Pacientes distribuidos por año con diagnóstico de TCE (sin ATF).

PLANILLA DE VOLCADO DE DATOS.

| PACIENTES | AÑO | MES | EDAD | DIAGNÓSTICO MÉDICO |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 2018 | ENERO | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2018 | FEBRERO | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2018 | MAYO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2018 | JUNIO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2018 | JULIO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2018 | SEPTIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2018 | NOVIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2018 | DICIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| TOTAL: 17 PACIENTES | 2018 | | | TCE |

| PACIENTES | AÑO | MES | EDAD | DIAGNÓSTICO MÉDICO |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 2019 | FEBRERO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2019 | MARZO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2019 | ABRIL | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2019 | MAYO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2019 | JULIO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2019 | AGOSTO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2019 | SEPTIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2019 | OCTUBRE | ADULTOS | TCE |
| TOTAL: 14 PACIENTES | 2019 | | | TCE |

| PACIENTES | AÑO | MES | EDAD | DIAGNÓSTICO MÉDICO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2020 | FEBRERO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2020 | MAYO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2020 | AGOSTO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2020 | SEPTIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2020 | OCTUBRE | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2020 | NOVIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2020 | DICIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| TOTAL: 10 PACIENTES | 2020 | | | TCE |

| PACIENTES | AÑO | MES | EDAD | DIAGNÓSTICO MÉDICO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2021 | ENERO | ADULTOS | TCE |
| 6 | 2021 | FEBRERO | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2021 | MARZO | ADULTOS | TCE |
| 7 | 2021 | JUNIO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2021 | JULIO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2021 | AGOSTO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2021 | SEPTIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 4 | 2021 | OCTUBRE | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2021 | NOVIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 4 | 2021 | DICIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| TOTAL: 20 PACIENTES | 2021 | | | TCE |

| PACIENTES | AÑO | MES | EDAD | DIAGNÓSTICO MÉDICO |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 2022 | ENERO | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2022 | FEBRERO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2022 | MARZO | ADULTOS | TCE |
| 1 | 2022 | ABRIL | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2022 | MAYO | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2022 | JUNIO | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2022 | JULIO | ADULTOS | TCE |
| 3 | 2022 | SEPTIEMBRE | ADULTOS | TCE |
| 2 | 2022 | OCTUBRE | ADULTOS | TCE |
| TOTAL: 13 PACIENTES | 2022 | | | TCE |

| PACIENTES | AÑO | EDAD | OTRO DIAGNÓSTICO MÉDICO |
|---|---|---|---|
| 3 | 2018 | ADULTOS | EPILEPSIA |
| 3 | 2019 | ADULTOS | EPILEPSIA |
| 4 | 2020 | ADULTOS | CONVULSION |
| 1 | 2021 | ADULTO | TUMOR CEREBRAL |
| 1 | 2021 | ADULTO | CONVULSIÓN |
| 1 | 2022 | ADULTO | CONVULSIÓN |
| TOTAL:13 PACIENTES | 2018-2022 | ADULTOS | OTROS |

## **ANEXO 4:** PAC. SELECCIONADOS PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

| PACIENTE Nº | AÑO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD | DIAGNÓSTICO MÉDICO | PROFESIONAL | A.T.F (UTI – SALA – AMBOS) | SIND. NRL SÍNTOMAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2018 | F | 12/01/1961 - 57AÑOS | ACV HEMORRAGICO IZQUIERDO | MEDICA CIRUJANA | A.T.F (SALA) | Dif. en la comp. Anomia. Fatiga. Contaminación del lje. |
| 2 | 2020 | F | 19/09/1984 - 35 AÑOS | ACV | NEUROLOGO | - | - |
| 3 | 2021 | F | 16/03/1970 - 51 AÑOS | ACV HEMORRAGICO | MEDICA | A.T.F (SALA) | Lje ininteligib. Dif. para comp ordenes Ecolalias Palabras dif. al vocabular. |
| 4 | 2021 | M | 31/05/1961 - 60 AÑOS | ACV | CARDIOLOGO | - | - |
| 5 | 2019 | F | 10/10/1959 - 59 AÑOS | CRISIS HIPERTENSIVA | MEDICO | - | - |
| 6 | 2018 | M | 07/08/1987 - 31 AÑOS | ACV | NEUROLOGO | - | - |
| 7 | 2022 | F | 15/02/1983 - 39 AÑOS | TCE | MEDICO | - | - |
| 8 | 2022 | M | 19/07/1980 - 41 AÑOS | TCE | MEDICO | - | - |
| 9 | 2022 | M | 03/02/2006 - 16 AÑOS | TCE Y TORAX | NEUROLOGO | - | - |
| 10 | 2022 | F | 25/09/1999 - 23 AÑOS | TCE | MEDICA | - | - |
| 11 | 2022 | F | 28/04/1975 - 47 AÑOS | ACV | MEDICO | - | - |
| 12 | 2022 | F | 09/11/1968 - 54 AÑOS | ACV ISQUEMICO | MEDICA CIRUJANA | A.T.F (SALA) | Verborrag. Lje. Incomp. Usa gestos Dif. para comp. ordenes. Fatiga. |
| 13 | 2021 | M | 19/01/1961 - 60 AÑOS | ACV HEMORRAGICO | NEUROLOGO | - | - |
| 14 | 2018 | M | 01/09/1999 - 19 AÑOS | TCE | MEDICO | - | - |
| 15 | 2021 | M | 01/01/2003 - 18 AÑOS | TCE | NEUROLOGO | - | ANOMIA. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 2021 | M | 30/06/2003 - 18 AÑOS | TCE | MEDICA | - | PAC. COMUNICAT. DISARTRIA LEVE. |
| 17 | 2018 | M | 17/01/1984 - 34 AÑOS | TCE | MEDICO | - | - |
| 18 | 2019 | F | 29/08/2004 - 15 AÑOS | TCE | MEDICO | - | - |
| 19 | 2020 | M | 23/03/1977 - 43 AÑOS | TCE | NEUROLOGO | - | - |
| 20 | 2020 | F | 15/07/1957 - 63 AÑOS | ACV ISQUEMICO | MEDICA CIRUJANA | A.T.F (SALA) | Comunicat. Omite palab. claves. Latencia en resp. Asp. Comp. Óbito. |
| 21 | 2020 | M | 29/07/1963 - 56 AÑOS | HTA PARESTESIA | MEDICO | - | - |
| 22 | 2019 | M | 23/04/1958 - 61 AÑOS | ACV ISQUEMICO | MEDICA | - | DISLALIA – LJE ALETARGADO |
| 23 | 2021 | F | 25/10/1972 - 48 AÑOS | ACV ISQUEMICO CORTICO Y SUBCORTICAL | NEUROLOGO | - | BRADILALIA – LJE COMPRENSIB LE |
| 24 | 2019 | F | 23/03/1952 - 67 AÑOS | ACV HEMORRAGICO | MEDICO | A.T.F (SALA) | Afasia de exp. Parafasias. Menor contaminac. Del lje. Dif. en la la comp. Disfagia y afasia. |
| 25 | 2019 | F | 20/03/1959 - 59 AÑOS | ACV ISQUEMICO | NEUROLOGO | - | - |
| 26 | 2018 | M | 05/11/1992 - 25 AÑOS | CUADRO POSTICTAL | MEDICO | - | ANOMIA. |
| 27 | 2018 | M | 25/10/1974 - 43 AÑOS | ACV HEMORRAGICO | NEUROLOGO | - | - |
| 28 | 2022 | M | 21/07/1950 - 72 AÑOS | ACV | MEDICO | - | - |
| 29 | 2021 | M | 04/07/1980 - 41 AÑOS | ACV ISQUEMICO INSUFICIENCIA HEPATICO ETILICO | MEDICO | - | - |
| 30 | 2022 | F | 11/09/1959 - 63 AÑOS | ACV ISQUEMICO | MEDICA CIRUJANA | A.T.F (SALA) | Lje. agramático. Om. nexos Lentificación. |

**ANEXO 5:** RESPUESTAS OBTENIDAS EN LAS ENCUESTAS A LOS PROFESIONALES: (PLANILLA DE VOLCADO DE DATOS)

| Preg. / Prof. | Nº1 | Nº2 | Nº3 | Nº4 | Nº5 | Nº6 | Nº 7 | Nº 8 | Nº 9 | Nº 10 | Total respuesta correctas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ✓ | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | 8 |
| 2 | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | 7 |
| 3 | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 4 |
| 4 | ✓ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 5 |
| 5 | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✖ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 4 |
| 6 | ✓ | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 7 |
| 7 | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | ✖ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 6 |
| 8 | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 6 |
| 9 | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 5 |
| 10 | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | ✖ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | 6 |
| 11 | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | 5 |
| 12 | ✓ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | 6 |
| 13 | ✖ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | 5 |
| 14 | ✖ | ✓ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | 6 |
| 15 | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✖ | ✖ | ✓ | ✓ | ✖ | ✓ | 5 |

Rosario, 17 de febrero de 2023.

A la
Directora del
Hospital Municipal Dr. Diego Montoya
Dra. Gabriela Lupi
PRESENTE

De mi mayor consideración:

Por la presente, CERTIFICO: que la estudiante Daiana Silva, Legajo: S- 1647/1, se encuentra realizando el Trabajo de Investigación correspondiente a Nivel Tesina de la Carrera de Licenciatura en Fonoaudiología sobre el tema: "Atención temprana fonoaudiológica en pacientes adultos con síndromes neurolingüísticas de diversas etiologías en el hospital Dr. Diego Montoya de la ciudad de las varillas, provincia de Córdoba en el periodo 2018-2022". Por todo lo expuesto se deduce la necesidad de la misma de asistir a esa Institución para poder relevar datos necesarios a la temática planteada.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

Lic. María Carolina CAMPRA
DIRECTORA
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
FACULTAD Cs. MÉDICAS - U.N.R.