

Epidemiología, rehabilitación y pronóstico de las afasias.

Evaluation epidemiologic, rehabilitation and prognosis of aphasic patient.

Gilda Sedano Santiago ^{1,a,b,c}, Pedro Rodríguez Gárate ^{2,d}

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la epidemiología, rehabilitación y pronóstico de los pacientes afásicos de la unidad de Terapia del Lenguaje del Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud atendidos durante 25 años (1991- 2015). **Material y métodos:** Se evaluaron mil pacientes de la Unidad de Terapia del Lenguaje del Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud; todos los pacientes fueron evaluados y diagnosticados utilizando el test de Boston luego de un año de terapia intensiva luego de iniciada la enfermedad. **Results:** Con lo que se encontró que la misma, epidemiológicamente es más frecuente en varones (62%), la edad predominante está entre los 50-79 años (74%), el nivel de escolaridad es de primaria y secundaria completa (60%); la ocupación es de obreros y amas de casa en 39%; el factor de riesgo mas importante es la hipertensión arterial en un 62%. El inicio de la rehabilitación se realiza a los 9 meses del inicio de la enfermedad (72%), la etiología más frecuente son los accidentes cerebro vasculares en un 85%, la afasia predominante es la tras cortical sensorial- acústica (amnésica) en 40% evolucionan favorablemente el acústico amnésico y broca en un 80% con terapia individual y grupal. La global solo en 50% y la de Wernicke en solo 30%, siendo de mejor pronostico la acústico- amnésica y Broca y mal pronóstico la de Wernicke o comprensiva y de regular evolución la global o total. **Conclusiones:** De los 1000 pacientes, 220 pacientes (22%) en el PRE test presentaban su lenguaje deteriorado en forma severa: articulación, fluidez, vocabulario y gramaticalidad.

PALABRAS CLAVE: Afasia, epidemiología, rehabilitación, pronóstico.

SUMMARY

Objectives: To evaluate epidemiologic, rehabilitation and prognosis of aphasic patient. **Material and methods:** Thousand patients in the united of language therapy at the rehabilitation Department of the Hospital Guillermo Almenara- Essalud, was studied during twenty five years. All patients were diagnostic and evolution whit Boston pre test and post test after one year of intensive therapy of initiation disease. **Results:** Is more frequent in men (62%), between 50-79 years (74%), primary and secondary scholar days (60%), the occupation is worker and house women(39%), risk factor more is arterial hypertension(62%). The rehabilitation initiation is after nine month disease. The etiology more is ACV (85%), the Tran cortical sensory aphasic is in 40%. The better evolution is in acoustic amnesic and broca aphasia in 80%, the Global aphasia in 50% and Wernicke aphasia in 30%. The prognostic

¹ Departamento de Medicina y Rehabilitación, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, ESsalud. Lima, Perú.

² Hospital Nivel I Marino Molina Scippa, ESsalud. ComaS, Lima, Perú.

^a Profesora especialista en Audición y Lenguaje ; ^b Post-Grado en Neuropsicología; ^c Post-Grado en Logopedia;

^d Médico Integral Especialista en Neurología y Rehabilitación y Reticular Activating System (RAS),

better is in Acoustic amnesic and Broca Aphasia and worse prognostic is in Wernicke aphasia. **Conclusions:** Of the 1000 patients, 220 patients (22%) in the PRE test their language had deteriorated severely: articulation, fluency, vocabulary and grammatically.

KEYWORDS: Aphasia, epidemiologic, rehabilitation, prognosis.

INTRODUCCION

La función cerebral superior más importante del hombre es el lenguaje. La pérdida de esta función llamada afasia lo incapacita para comunicarse (por una lesión unilateral del cerebro).

Esta afasia genera serias repercusiones en su entorno laboral, familiar y en la sociedad. Por lo cual es un problema de salud pública. La detección y rehabilitación precoz del paciente afásico, lo reintegrará a su familia, su trabajo y la comunidad.

En 1974, los profesores Harold Goodglass y Edith Kaplan del "Boston Veterans Administration Hospital" y del Centro Afásico de Investigación, departamento de Neurología de la Universidad de Boston, publicaron "Evaluación de la Afasia y perturbaciones similares", más conocido como Test de Goodglass y Kaplan o de Boston, este test ha sido usado en varios países latinoamericanos como Argentina (Julio Bernardo de Quiroz) y Chile (Archibal o Donoso) (1).

Head tiene una definición sencilla "Es la alteración funcional del lenguaje a consecuencia de una lesión unilateral del cerebro" (2,3).

Para detectar un paciente afásico es imprescindible explorar los siguientes parámetros: lenguaje espontáneo, cuanto habla, cuanto comprende y cuanto repite (4-6).

La primera clasificación de las afasias la hizo Broca en 1861, luego Jackson en 1866, Wernicke en 1874, Head en 1920, Goldstein en 1948, Luria en 1962 y una de las últimas Benson y Geschwind en 1979 (4,7,8), estos autores han tomado los criterios enumerados arriba, que es muy útil en la clínica y debe ser usada por todos los que exploramos afásicos.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la epidemiología, rehabilitación y pronóstico de los pacientes afásicos de la Unidad de Terapia del

Lenguaje del Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Essalud atendidos durante 25 años (1991- 2015).

MATERIAL Y METODOS

En los últimos 25 años se han atendido 1200 pacientes, pero 200 no tenían su historia clínica completa.

La muestra de estudio está constituida por 1000 pacientes portadores de alteraciones del lenguaje debido a una lesión unilateral del cerebro, que fueron atendidos en la Unidad de terapia del lenguaje, Programa de disturbios de la comunicación, del Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara-ESSalud de 1991 a 2015.

En cada paciente se determinó: edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, factores de riesgo, etiología de la enfermedad y topografía de la lesión por TAC cerebral, etc.

Cada paciente fue sometido a:

Un PRE TEST, antes de iniciar la rehabilitación, que coincide con la llegada del paciente al Departamento de Rehabilitación con el test de BOSTON para determinar el tipo de afasia y la severidad en función de los sub Test.

Un tratamiento de rehabilitación o reeducación.- Durante 12 meses a partir del inicio de la afasia; individual con la metodología global, audiovisual y enseñanza programada. Después del año pasa a terapia grupal donde.

Un post test.- A los 12 meses del inicio de la afasia; para evaluar la evolución rehabilitadora.

Estudios estadísticos.- Se usó la frecuencia de porcentajes

Técnicas de rehabilitación del afásico

Objetivos generales

Tiende a resurgir lo ya conocido y ahora bloqueado. Es un proceso lento que exige colaboración del terapeuta, paciente y familia.

Estimula las conductas verbales huyendo de situaciones escolares.

Estimula los procesos de mejor nivel funcional (a más aferencia sensorial mayor capacidad lingüística).

Trabajar con temas de interés para el paciente (aficiones y actividades).

Valorar todo éxito para pasar a otro superior.

Estimular los avances por mínimos que sean.

La actitud del terapeuta debe ser firme y segura; con ordenes sencillas y objetivos claros, sin autoritarismo. Evaluación: para valorar, modificar o sustituir las técnicas empleadas.

Equipo multidisciplinario: Psicólogos, terapeutas físicos- ocupacional, psiquiatra, neurólogo, asistentes sociales, profesor especialista en lenguaje.

Toda sesión de 30-45 minutos debe acabar con ejercicios sencillos que producen sensación de progreso.

Ir disminuyendo la dependencia con los logros de la rehabilitación.

Ejercicios preliminares

Ejercicios respiratorios: inspiración- espiración lenta y profunda.

Masajes de cara y cuello. Masaje a los bucinadores.

Ejercicios oro faciales: gimnasia de lengua y labios.

Ejercicios de atención- concentración.

Ejercicios de orientación temporal.

Ejercicios de orientación espacial.

Reconocimiento de los familiares más cercanos.

Metodologías

Método audiovisual: uso de películas, láminas, textos, diapositivas, grabaciones, fotografías. Se basa en que usa las aferencias indemnes de los afásicos. La escritura consolida el avance del aprendizaje audiovisual.

Enseñanza programada: (estimulo- respuesta): requiere conocer el nivel actual del paciente y su meta inmediata. Los estímulos (Tareas) deben ser cuidadosamente jerarquizados para cada nivel lingüístico- fonético. Las ventajas de este método es que el paciente trabaja a su ritmo y posibilidades y va incrementando las potencialidades.

Tipos: PICA, RESPONSE Continge, Base 10, Códigos alternativos (Bliss).

M.I.T: Terapia por entonación melódica, estimula el hemisferio derecho.

Método grupal: se usa después del año de evolución y sirve para interrelacionarlo entre el grupo e integrar al paciente a la familia y la sociedad.

No sustituye a la terapia individual. Dura 1 año.

RESULTADOS

Se examinaron 1000 pacientes portadores de Afasia, que acudieron a la unidad de terapia de lenguaje del Programa de Disturbios de la comunicación del Departamento de Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara I., atendidos de 1991 al 2015 (25 años).

Sexo

De los 1000 pacientes 620 fueron varones y 380 mujeres siendo sus porcentajes 62% varones y 38% mujeres respectivamente. La mayor incidencia en varones sería explicada desde varios puntos de vista, siendo uno de ellos y el más importante el siguiente: Está demostrado que los hombres con lesión del hemisferio cerebral izquierdo presentan más frecuentemente afasia que las mujeres con similar lesión.

Esta diferencia sexual sería por una diferente organización cerebral en hombres y mujeres en relación a las funciones mentales y cognitivas, y a la especialización hemisférica, estando las capacidades visuo-espaciales menos claramente lateralizadas en las mujeres. También existen diferencias en la asimetría anatómica de las áreas del lenguaje temporal en las mujeres. Asimismo se ha demostrado que los hombres presentan una mayor asimetría funcional que las mujeres, pero no hay acuerdo respecto a los probables factores causales. Estudios recientes concluyen que hay diferencias sexuales en la organización del lenguaje y praxis en el hemisferio izquierdo y que el lenguaje no está simplemente más organizado bilateralmente en las mujeres (9).

Factores hormonales y genéticos pueden jugar un papel importante en la determinación de las habilidades espaciales. Los factores espaciales serían hereditarios y ligados al sexo por acción recesiva sobre el cromosoma X. Estudios clínicos y genéticos señalan implicancias psicológicas, educativas y clínicas que demuestran la importancia de diferencias sexuales y de especialización hemisférica que deben ser analizadas, así como la necesidad de mayores datos que clarifiquen algunos datos contradictorios

Edad

En la tabla 1 se puede apreciar que predominan los pacientes de 50 a 79 años de edad (promedio de 60 a 69 años) (74%). Esta mayor incidencia es por factores de riesgo como la hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, e hipertensión arterial asociada a diabetes e hipercolesterolemia.

Tabla 1. Frecuencia de edad en % de los 1000 pacientes afásicos

Edad (años)	N	%
15 – 19	6	0,6
20 – 29	34	3,4
30 – 39	78	7,8
40 – 49	88	8,8
50 – 59	192	19,2
60 – 69	294	29,4
70 – 79	246	24,6
80 – 89	60	6
90 – 94	2	0,2
TOTAL	1000	100

Hay 6 casos entre 15 y 19 años que corresponden a 2 tumores y 4 aneurismas cerebrales. Entre 20 – 29 años corresponden a embolias cerebrales por valvulopatías cardíacas, aneurismas, tumores cerebrales y TEC. Entre 30- 49 años tienen factores de riesgo de hipertensión arterial.

Grado de escolaridad

En la tabla 2 se puede apreciar que un 32 % tienen primaria completa, el 28% secundaria completa y el 23,6% superior, lo que indica que hay un equilibrio entre los tres niveles, ya que el Hospital Nacional

Tabla 2. Frecuencia del grado de escolaridad en % de los 1000 afásicos

	N	%
Analfabetos	44	4,4
1 - 3 años (Primaria Incompleta)	40	4,0
4 - 6 años (Primaria Completa)	320	32,0
7 - 9 años (Secundaria Incompleta)	80	8,0
10 - 11 años (Secundaria Completa)	280	28,0
16 - 20 años (Superior)	236	23,6
TOTAL	1000	100

Tabla 3. Frecuencia del tipo de ocupación en % de los pacientes afásicos

OCUPACIÓN	N	%
Obreros (Textiles, Construcción Civil, minas, etc.)	200	20,0
Amas de Casa	190	19,0
Técnicos (Electricista, mecánicos, gasfiteros, gráficos)	154	15,4
Empleados Administrativos (Secretarías, digitadoras)	100	10,0
Profesores y auxiliares de educación	90	9,0
Profesionales (Contadores y Administradores)	60	6,0
Chóferes	50	5,0
Comerciantes y Vendedores	48	4,8
Profesionales de la Salud (Médicos, enfermeras, etc.)	40	4,0
Trabajadores del Hogar	26	2,6
Otros profesionales (Ingenieros, sociólogos, sacerdotes)	42	4,2
TOTAL	1000	100

Guillermo Almenara I. atiende obreros, empleados, profesionales y sus familiares, tenemos un 4,4 % de analfabetos.

El grado de escolaridad de primaria completa y secundaria incompleta se explica por ser asegurados obreros.

Ocupación

Los obreros tienen un 20%, las amas de casa 19% y técnicos 15%, el Hospital Nacional Guillermo Almenara atendía asegurados preferentemente obreros, desde su fundación en 1941 (Tabla 3).

Factores de riesgo

El factor de riesgo prevalente es la hipertensión arterial (62%), importante a partir de los 30 años de edad y riesgo de accidentes vasculo cerebrales. Le siguen las cardiopatías y valvulopatías en un 10% (Tabla 4).

Déficit motor

Con hemiplejía derecha un 40%, sin déficit motor 34.4% que indica que la afasia es un signo focal importante en el inicio de la enfermedad (Tabla 5).

Tabla 4. Frecuencia de factores de riesgo de los 1000 afásicos

Factores de Riesgo	N	%
Hipertensión Arterial	620	62,0
Cardiopatías y Valvulopatías	100	10,0
Hipertensión Arterial – Diabetes	50	5,0
Diabetes	20	2,0
Hipercolesterolemia	14	1,4
Sin antecedentes patológicos	196	19,6
TOTAL	1000	100

Tabla 5. Frecuencia del tipo de déficit motor en los 1000 afásicos

Déficit Motor	N	%
Con Hemiplejía Derecha	400	40,0
Con Hemiplejía Izquierda	6	0,6
Con Hemiparesia Derecha	250	25,0
Sin déficit motor	344	34,4
TOTAL	1000	100

Inicio de la rehabilitación de lenguaje

Los pacientes llegan a la unidad de terapia del lenguaje entre 5 y 9 meses (promedio de 7 meses) del inicio de la enfermedad, solo en un 0,2 % llegaron a los 15 días (Tabla 6).

Etiología de la afasia

En la tabla 7 se aprecia la etiología de las afasias. Un 85% tuvieron afasia por accidente cerebro

Tabla 6. Tiempo de inicio de la rehabilitación en los 1000 afásicos

	N	%
15 Días	2	0,2
1 Mes	10	1,0
2 Meses	68	6,8
3 Meses	88	8,8
4 Meses	94	9,4
5 Meses	282	28,2
9 Meses	438	43,8
1 a 2 Años	18	1,8
TOTAL	1000	100

Tabla 7. Frecuencia en % de la etiología de los 1000 pacientes afásicos

Etiología de la Afasia	N	%
Accidentes Vasculocerebrales	850	85,0
Traumatismo Encéfalo Craneano	70	7,0
Aneurismas Cerebrales	50	5,0
Tumores Cerebrales	20	2,0
Infecciones Cerebrales	10	1,0
TOTAL	1000	100

Tabla 8. Frecuencia en % del tipo de afasia en los 1000 pacientes afásicos

Tipo de Afasia	N	%
A. Afasia de Wernicke	70	7,0
B. Afasia de Broca	220	22,0
C. Afasia de conducción	6	0,6
D. Afasia trascortical sensorial	400	40,0
E. Afasia trascortical motora	10	1,0
F. Afasia anomica (Semántica)	100	10,0
G. Afasia Mixta	14	1,4
H. Afasia Global	180	18,0
TOTAL	1000	100

Tabla 9. Cuadro comparativo del PRE test y post Test en afasia de broca.

	Oscilación	Pre test %	Post test %
Nivel de severidad	1-05	01,0 (20%)	3,7 (74%)
Fluidez: Articulación	1-07	01,9 (27%)	4,9 (70%)
long. de frase	1-07	02,0 (28%)	3,8(54%)
Parafasias neologística	0-10	000	0
Literal	0-29	000	0
Verbal	0-35	000	0
Compresión Auditiva			
Discrimin. de palabras	2-72	66,0	70,0
Identific. partes del cuerpo	0-20	18,0	20,0
Ordenes	0-1	15,0	15,0
Material ideativo	0-12	10,0	12,0
Expresión oral: denomin.			
denomin.	0-30	20,0 (70%)	30,0 (100%)
Agilidad verbal	0-14	03,0 (21%)	07,0 (50%)
Agilidad no verbal	0-12	08,0 (67%)	12,0 (100%)
Secuencias automatizadas	0-08	03,0 (37.5%)	07,0 (87%)
Repetición de palabras	0-10	02,0 (20%)	09,0 (90%)
Repetición frases (> probl)	0-08	01,0 (12.5%)	06,0 (75%)
Repetición frases (< probl)	0-08	0	04,0 (50%)
Lectura de palabras	0-30	15,0 (50%)	25,0 (83%)
Confront. visual-nombres	0-105	42,0 (42%)	101,0 (96%)
Nombrar partes del cuerpo	0-30	20,0 (70%)	28,0 (93%)
Lectura oral de oraciones	0-10	0	08,0 (50%)
Lectura:			
Reconocimiento de palabras	0-08	07,0	08,0
Discrim símbolos y palabras	0-10	10,0	10,0
Lectura de orac. y párrafos	0-10	04,0 (40%)	08 (80%)
Escritura:			
Mecánica de escritura	0-03	01,0 (33,3%)	3,0 (100%)
Escritura seriada	0-47	13,0 (27,6%)	40,0 (85%)
Dictado elemental	0-15	01,0 (6,6%)	11,0 (73%)
Deletreado al dictado	0-10	0	6,0 (60%)
Denominación-confrontación	0-10	10,0 (10%)	7,0 (70%)
Narración escrita	0-04	0	2,0(50)

vascular (ACV) y le siguen los traumatismos encéfalo craneanos en un 7% (TEC).

Tipos de afasia

En la tabla 8 se aprecia en tipo de afasia más frecuente en los 1000 afásicos.

Un 40% de afasia son tipo transcortical sensorial o acústico-amnésica, le sigue la de Broca con 22%, la

global esta en 18%, la anomica en 10% y Wernicke en 7%. En trabajos de Europa el 50% de las afasias son de la parte posterior del hemisferio dominante y el 25% son anteriores. En un 16% se combinan las zonas anteriores y posteriores. Nuestro trabajo coincide con estas cifras.

Los resultados del comparativo del PRE test y post Test de BOSTON se pueden observar en las tablas 10, 11 y 12.

Tabla 10. Pre test y post test en la afasia de Wernicke.

	Oscilación	Pre test %	Post test %
Nivel de severidad	1-5	0 (0%)	1,5 (30%)
Fluidez: articulación	1-7	7 (100%)	7 (100%)
Parafasias: neologismos	0-10	1 (10%)	5 (50%)
Compr. auditiva: palabras	2-72	2 (3%)	20 (30%)
Expr. oral: denominación	0-30	0 (0%)	15 (50%)
Lect.: oraciones y párrafos	0-10	0 (0%)	2 (25%)
Lect.: oraciones y párrafos	0-15	0 (0%)	4 (24%)

Tabla 11. Pre test y post test en la afasia amnésica (Transcortical Sensorial).

	Oscilación	Pre test %	Post test %
Nivel de severidad	1-5	3 (60%)	4 (80%)
Fluidez: articulación	1-7	2 (20,6%)	6 (84,3%)
Parafasias: neologismos	0-10	0	0
Compr. auditiva: palabras	2-72	2 (2,77%)	56 (80%)
Expr. oral: denominación	0-30	1 (3,3%)	20 (70%)
Lect.: oraciones y párrafos	0-10	1 (20%)	8 (80%)
Escritura.: dictado elemental	0-15	(6,6%)	13 (86,6%)

Tabla 12. Pre test y post test en la afasia global

	Oscilación	Pre test %	Post test %
Nivel de severidad	1-5	1 (20%)	2,5 (50%)
Fluidez: articulación	1-7	1,9 (27%)	3,5 (50%)
Parafasias: verbales	0-35	0	0
Compr. auditiva: palabras	2-72	18 (25%)	36 (50%)
Expr. oral: denominación	0-30	2 (6,66%)	7,5 (25%)
Lect.: oraciones y párrafos	0-10	0	4 (40%)
Escritura.: al dictado	0-15	0	3,5 (23,3%)

Analizando la tabla 10 podemos observar en relación a los 7 sub test e ítems correspondientes:

Nivel de severidad (oscilación 1-5)

En el pre Test, casi todos los pacientes tenían un nivel 1 ó severo, es decir que la comunicación con el paciente era solo posible por cuestionario del examinador mediante numerosas preguntas e inferencias. El paciente tenía una expresión fragmentaria y su caudal de información era limitado. En el post Test (después de la terapia por 1 año ,3 veces por semana), el nivel de severidad llega a 3,7 o sea nivel leve, donde el paciente tiene notoria presencia de limitaciones, aunque el lenguaje es moderadamente correcto.

Fluidez

La articulación (oscilación 1-7): Es deficiente (1,9%). Hay retroceso gramatical a las formas más simples en el PRE test. Cuando la afasia mejora después de 12 meses la articulación (4,9%) se acerca a un nivel de 70% de la normalidad.

La longitud de frase (oscilación 1-7): al inicio es de 2 (28%) en el post Test llega a 3,8 que es un 54% de la normalidad.

Parafasias

Casi no encontramos parafasias en la afasia de broca o sea que están virtualmente ausentes en nuestros casos.

Comprensión auditiva

Esta poco afectada y prácticamente es normal. Hay que hacer notar que se tuvo problemas en la evaluación de la comprensión auditiva, porque algunos pacientes tenían presbiacusia, especialmente los de mayor edad. La mayor dificultad estaba en el material ideativo complejo

Expresión oral

Este sub test demuestra que: La agilidad verbal (0-14) esta disminuida al inicio (3 o sea 21%) y después del año se recupera parcialmente (7) alcanzando un 57 % de lo normal.

La agilidad no verbal (67%) inicialmente casi conservada, se recupera al 100% después. La denominación de objetos (70% al inicio), llega al 100% en el post Test.

El nombrar partes del cuerpo, fue de 70% al inicio, y se recupera al 100% en el post.

Las secuencias automatizadas, la lectura de palabras y confrontación visual de nombres están deterioradas en un 37,5%, 50% y 40% respectivamente, recuperándose en el post Test hasta casi la normalidad.

La repetición de palabras (20%), frases de mayor probabilidad (0%) y Lectura oral de oraciones (6%) están muy deterioradas, recuperándose 12 meses después hasta casi la normalidad en repetición de frases de mayor probabilidad y en un 80% en lectura oral de oraciones.

Lectura

Sólo la comprensión del deletreo oral está deteriorada (15%), recuperándose al final del año, conservándose bien la discriminación de símbolos y palabras, el reconocimiento de palabras y la colocación de nombres. La lectura de oraciones y párrafos está deteriorada al inicio (40%), recuperándose al 80% después del año de terapia

Escritura

La escritura en todas sus modalidades está deteriorada al inicio, recuperándose en el post Test totalmente la mecánica de la escritura, pero parcialmente la escritura seriada (85%), el dictado elemental (73%), el deletreo al dictado (60%), escritura de oraciones al dictado (66,66%) y el 50% la deteriorada narración escrita.

DISCUSIÓN

Podemos concluir que de los 100 pacientes, 220 pacientes (22%) en el PRE test presentaban su lenguaje deteriorado en forma severa: articulación, fluidez, vocabulario y gramaticalidad. La expresión oral así como el lenguaje escrito estaban alterados en forma también severa, lo mismo que la repetición. La comprensión auditiva y denominación estaban poco afectadas y las parafasias estaban virtualmente ausentes. La lectura solo mostraba una moderada

perturbación, excepto para la comprensión del deletreo verbal (90%). En el post Test, la evolución rehabilitadora obtiene buenos resultados en relación a la severidad, porque se llega a un nivel sólo leve, en el cual es evidente la presencia de limitaciones, aunque el lenguaje es prácticamente correcto. La fluidez, la lectura de palabras, la confrontación visual de nombres y la repetición de palabras se recuperan hasta casi la normalidad. La escritura sólo se recupera parcialmente, porque además del gran deterioro de su lenguaje, el paciente hemipléjico tiene que usar la mano izquierda para la escritura, o sea cambio de dominancia.

Por la existencia de una agnosia auditiva grave y de parafasias disminuyen la posibilidad de recuperación, la agrafia y la alexia suelen ir remitiendo con el tratamiento. Llegando su recuperación sólo en 30% después de 1 año.

El mayor deterioro al inicio es la comprensión auditiva y la denominación, así como la lectura y escritura, recuperándose al año en un 80% (5).

La mayoría de los pacientes presentaros una escasa mejoría llegando al 50%.

CONCLUSIONES

En relación a los pacientes afásicos atendidos en la Seguridad Social (Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- Essalud), podemos concluir desde la óptica de la epidemiología, rehabilitación y pronóstico lo siguiente:

Durante los 25 años se han rehabilitado más de 1200 pacientes.

El sexo predominante es el masculino en un 62%. La edad predominante está entre los 50 y 79 años (74%).

El grado de instrucción es de primaria y secundaria completa en un 60%.

La ocupación prevalente está en obreros y amas de casa en 39%.

El factor de riesgo más importante es la hipertensión arterial en un 62%.

El inicio de la rehabilitación es de 9 meses del inicio de su enfermedad es en 72%. Lo ideal es atenderlo en el primer mes de su enfermedad.

La etiología más frecuente son los accidentes cerebro vasculares en 85%.

La afasia predominante es trascortical sensorial (acústico-amnésica 40%).

Evolucionan favorablemente el acústico amnésico y Broca en un 80% con terapia individual y grupal. La global sólo en 50% y la de Wernicke en sólo 30%. Mejor evolución en jóvenes y en aquellos con mayor grado de instrucción.

Recomendaciones

Para una buena evolución, la rehabilitación debe ser precoz (1 mes de iniciada la enfermedad).

La familia juega un papel muy importante para el avance de la rehabilitación.

Las terapias de campo permiten la integración del paciente y sus familiares.

Las actividades sociales es otra manera de integrar a la familia. La musicoterapia es parte de la rehabilitación del afásico, ya que estimulando el hemisferio derecho permite verbalizar el lenguaje complementario y la memoria EMOTIVA.

Se ha formado el Coro de Afásicos con fines sociales y rehabilitadores.

La Asociación de Afásicos del Perú está Inscrita en Registros Públicos, con fines de educación, prevención y preparación de los pacientes para su autosuficiencia.

Correspondencia:

Gilda Sedano Santiago
Correo electrónico: afasicosperu@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Goodglass H, Kaplan E, Barressi B. Evaluación de la Afasia y trastornos relacionados. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
2. Benton A. Introducción a la Neuropsicología.

- Barcelona: Editorial Fontanella; 1991
3. Almagro Y. Estudio del componente léxico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2002.
 4. Benson D, Geschwind N. Aphasia and related cortical disturbances. En: Baker A, Baker L. Clinical Neurology. Philadelphia: Ed. Harper Row; 1981.
 5. Benedet M. Acercamiento neurolingüístico a las alteraciones del lenguaje. Madrid: EOS; 2006
 6. Benedet MJ. Metodología de la evaluación clínica en neuropsicología cognitiva. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2009.
 7. Berthier ML. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drug and Aging*. 2005; 22: 163-82.
 8. Dronkers NF, Pinker S, Damasio A. Lenguaje y afasias. En: Kandel ER (Editores). Principios de neurociencia. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana. 2014. p. 1169-85.
 9. Lagos O. Especialización hemisférica y sexo. *Rev. Chilena de Neuropsiq.* 1985; 299- 306.