



J. F. Pasanau\*  
B. Ferrán Díaz\*\*

\* Diplomado en Enfermería. Master en logopedia. Especializado en rehabilitación de trastornos afásicos.  
\*\* Licenciada en Filología. Master en logopedia.

Correspondencia:  
Juan Felip Pasanau  
C/ Jardí, 39-B  
08290 Cerdanyola del Vallés (Barcelona)

## Protocolo del diagnóstico diferencial de las afasias

### *Protocol for the differential diagnosis of aphasias*

#### RESUMEN

La afasia es un trastorno frecuente entre la población anciana. Al ingreso en las instituciones sanitarias, muchos afásicos quedan reducidos a un aislamiento forzado a veces por que no hay medios adecuados dirigidos a los sanitarios para hacer un diagnóstico acertado del paciente.

Hay tests de evaluación de las afasias; algunos muy útiles, otros muy completos; los hay muy largos de aplicar, muy fiables,... no pretendemos un test que supere todo lo que se ha hecho hasta ahora; nuestra aportación va hacia otra dirección. Queremos aportar un protocolo de cabecera dirigido al personal sanitario que cuida a los enfermos afásicos, un protocolo de aplicación rápida y sencilla que pueda ser realizado en poco tiempo por el personal sanitario que cuida a este tipo de enfermos. A veces un diagnóstico a la ligera les condena al silencio, hace falta diagnosticar a tiempo las afasias para poder iniciar inmediatamente la rehabilitación de los trastornos de comunicación causados por estas lesiones y reducir al máximo el impacto emocional que provocan.

#### SUMMARY

*Aphasia is a common disorder amongst the elder population.*

*Sometimes, when being admitted to the health centers, many of these patients undergo isolation because sanitary personnel has not the necessary resources to make a correct diagnosis.*

*There are several tests to evaluate Aphasia. Some of them are very complete, usefu and reliable. But as rule, and unfortunately, these tests are taking a long time for their performance.*

*It's not our aim to transcend the quality of the studies and tests published before, we have been working in another direction:*

*The goal of our working it's been to setablish a protocol for the diagnosis and evaluation of Aphasia, quick and easy to apply and specially designed to be used by the personnel taking care of these patients.*

*The existence of this guidelines has become an urgent necessity if we want to make the diagnosis and treatment of this disorder as soon as possible, and to diminish its emotional impact in patients, for too much often a wrong diagnosis is the same like a life sentece to silence for them.*



16 PALABRAS CLAVE

Protocolo; Diagnóstico diferencial; Afasias; Logopedia.

KEY WORDS

Protocol; Differential diagnosis; Aphasia; Logopedy.

INTRODUCCIÓN

Toda enfermedad que afecte a las áreas de los hemisferios cerebrales relacionados con el lenguaje puede producir una afasia. Estas lesiones provocan una alteración de la comprensión y de la formulación del lenguaje además de una perturbación de los mecanismos que establecen la correspondencia entre el pensamiento y el lenguaje.

En la evaluación de la afasia hace falta concretar qué hace y qué no hace el afásico. Se ha de de-

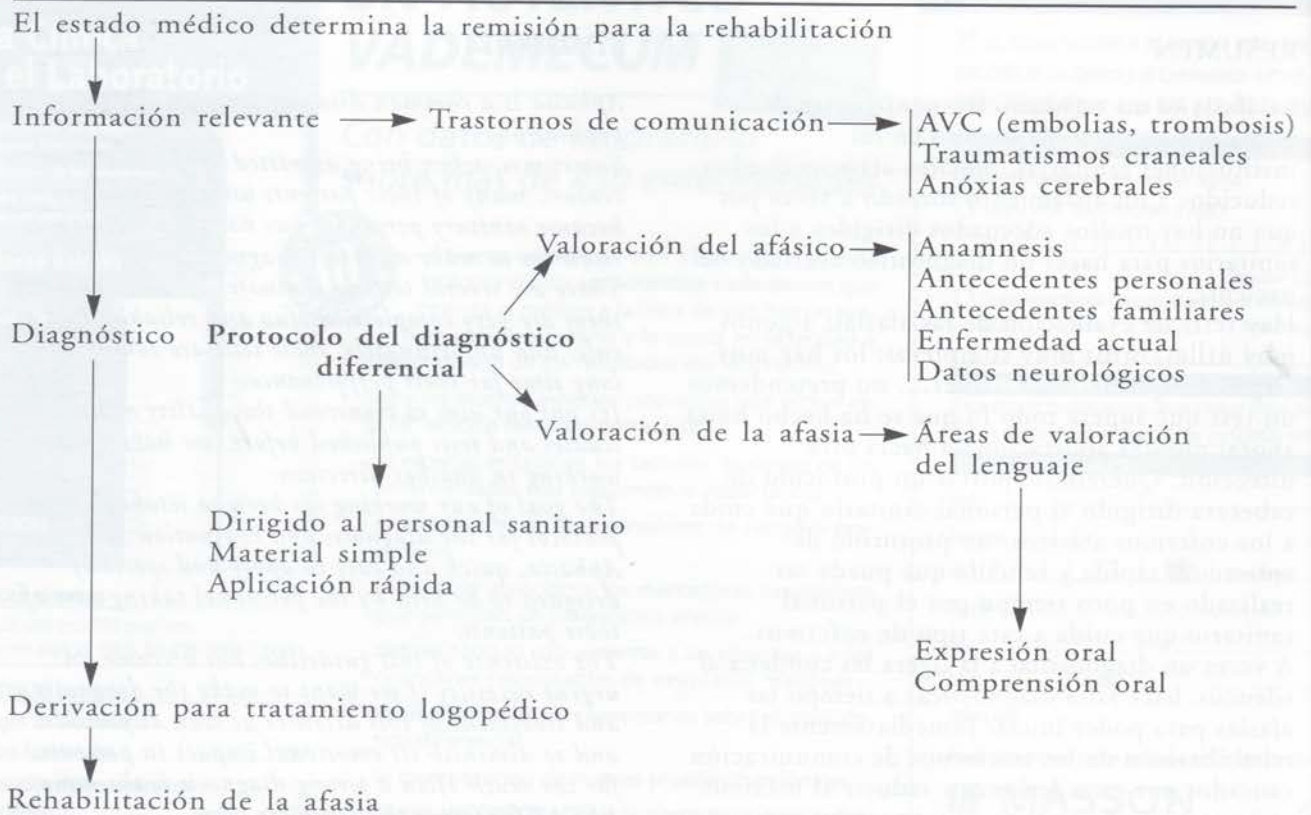
terminar si el lenguaje que presenta es fluente o no fluente; hace falta evaluar la comprensión, la denominación y la capacidad que tiene para repetir.

Cuando el paciente está diagnosticado, es cuando debe intervenir el logopeda (tabla 1).

MATERIAL

El protocolo consta de 90 ítems. Las preguntas se repetirán tantas veces como haga falta,

Tabla 1. Algoritmo del diagnóstico diferencial de las afasias.





cambiando si es preciso la estructura de las preguntas. Se anotarán todas las respuestas del paciente tal y como han sido dadas.

Es importante aplicar el protocolo en condiciones de calma y confianza. Las condiciones ambientales han de ser adecuadas: buena iluminación, ausencia de ruido y sin interrupciones.

El examinador tendrá que esforzarse para establecer una buena relación con el paciente y mantener la atención y cooperación durante todo el examen. Hay que explicar al paciente que se le harán preguntas.

Durante el examen se irán haciendo pausas para no cansar mucho al paciente. En caso de pacientes particularmente ansiosos, se puede interrumpir el examen y retomarlo más tarde. El examinador se situará delante del paciente para captar mejor la atención.

El protocolo está dividido en dos partes de manera que se pueda evaluar el afásico y a la afasia.

**Examen del afásico.**

La evaluación del afásico nos servirá para conocer al enfermo: como era y como es. Para la obtención de información haremos una entrevista con los familiares y con el propio enfermo si puede responder. También nos serán muy útiles los informes de otros profesionales de la salud.

Descripción de los datos fundamentales en el examen del afásico (tabla 2).

La anamnesis hará énfasis en los aspectos cotidianos (personales, familiares, laborales y sociales) de las actividades mentales inferiores tales como: la edad y el sexo, el idioma, la dominancia manual, la historia escolar, los antecedentes familiares y aspectos de la personalidad.

Hay una relación entre la edad y la recuperación espontánea. Los pacientes vasculares mayores de 70 años presentan cuadros mucho más graves y una menor recuperación espontánea que los menores de 60 años.

El sexo es también un factor importante en el pronóstico. Las mujeres recuperan antes que los hombres la expresión oral en cambio sucede lo contrario con la comprensión.

En los pacientes políglotas o bilingües nos interesa especialmente saber el estado premórbido en los contextos de adquisición.

Tabla 2. Examen del afásico.

<p><i>Anamnesis</i></p> <p>Antecedentes personales.</p> <p>Edad.</p> <p>Sexo.</p> <p>Idiomas.</p> <p>Lengua utilizada en casa.</p> <p>Lengua/lenguas utilizadas en la escuela.</p> <p>Lenguas utilizadas antes de la lesión.</p> <p>Preferencia manual en:</p> <p>Escribir.</p> <p>Tirar.</p> <p>Cortar.</p> <p>Dibujar.</p> <p>Cuchara.</p> <p>Peine.</p> <p>Historia escolar.</p> <p>Nivel de estudios.</p> <p>A que edad los acabo.</p> <p>Si tuvo algún problema.</p> <p>Antecedentes familiares.</p> <p>Historia de trastornos del lenguaje.</p> <p>Trastornos del desarrollo.</p> <p>Disfemias.</p> <p>Aspectos de la personalidad.</p> <p>Trastornos del humor: Agresividad, depresión.</p> <p>Grado de colaboración: bueno, rechazo, se cansa fácilmente.</p> <p>Historia laboral.</p> <p>Ocupación.</p> <p>Historia vocacional.</p> <p>Aficiones.</p> <p>Hábitos de lectura y escritura.</p> <p><i>Enfermedad actual</i></p> <p>Características del lenguaje.</p> <p>Inicio: brusco, progresivo.</p> <p>Fecha de inicio.</p> <p><i>Datos neurológicos</i></p> <p>Etiología.</p> <p>Topografía.</p> <p>Extensión.</p> <p>Secuelas.</p> <p>Transitorio.</p> <p>De repetición.</p> <p>Hemiplejía.</p> <p>Pérdida de sensibilidad.</p> <p>Defectos campimétricos.</p> <p>Extremidades afectadas: inferiores, superiores.</p> <p>Afectación: severa, moderada, leve, recuperada.</p>
--



18 El pronóstico es mejor en los pacientes con habilidades en la mano izquierda o con familiares zurdos.

Además de la historia escolar es interesante también la historia cultural, los hábitos verbales y los hábitos de lectura y escritura.

En los antecedentes familiares se tienen en cuenta los datos relevantes relacionados con el lenguaje.

Los aspectos de la personalidad previa y la realidad personal, familiar y social de los pacientes son fundamentales para comprender muchas de las reacciones acontecidas.

Los cambios bruscos, los estados de ansiedad, la actitud negativa, el rechazo de las tareas, las reacciones de indiferencia y el poco interés tienden a desaparecer a las pocas semanas, pero en ocasiones tienen una duración superior.

Después pasaremos a tomar nota de los datos de la enfermedad actual en cuanto a las características del lenguaje y los datos neurológicos de la lesión teniendo en cuenta: La etiología, la topografía, la extensión y las manifestaciones neurológicas asociadas y el grado de afectación.

En muchos casos el pronóstico depende prácticamente de la etiología: en caso de tumores, dependerá de la evolución del tumor.

En los traumatismos craneales el pronóstico es mejor que el de los AVC.

Las afasias resultantes de una hemorragia subaracnoidea muestran una gama variable en la velocidad de recuperación que estaría relacionada con la extensión del tejido muerto.

Las manifestaciones asociadas pueden ser de diferentes tipos y gravedad transitorias o permanentes, únicas o múltiples y condicionadas por la propia lesión que da lugar a la afasia o por la presencia de otras lesiones cerebrales. Destacamos:

Trastornos motores: hemiplejía. La hemiplejía tiene repercusiones muy importantes en la autonomía y la vida de relación del paciente y comporta reacciones emocionales reactivas.

Trastornos sensitivos: hemihipoestesia. La alteración de la sensibilidad es muy frecuente en caso de afasias con lesiones cerebrales posteriores.

Trastornos visuales: defectos campimétricos (hemianopsia o cuadrantopsia homónima, habitualmente de la parte derecha).

Son frecuentes en las afasias de topografía lesional posterior y en afasias globales.

La ausencia de manifestaciones y trastornos neurológicos asociados son datos que delimitan el cuadro de la afasia, la recuperación y mejoran el pronóstico final.

Los pacientes más graves son los que presentan una menor recuperación espontánea.

Entendemos como graves aquellos casos en que superadas las 4 ó 5 primeras semanas de evolución, aunque persistan importantes defectos en la comprensión o haya una práctica imposibilidad articulatoria. Si estas cuatro semanas se alargan a tres meses el pronóstico es más pesimista.

Examen de la afasia.

En el examen de la afasia se evalúa la expresión y la comprensión oral. La expresión oral se divide en conversación, que a la vez engloba la conversación dirigida, la fluencia verbal y el lenguaje espontáneo; repetición de sílabas, palabras y frases; y denominación, que consiste en hacer completar oraciones, evocar categorías, confrontación visual, decir partes del cuerpo y contrarios. La parte de comprensión consiste en ejecutar órdenes verbales complejas, contestar a preguntas de respuesta sí/no, señalar los objetos que se piden y señalar partes del cuerpo.

Hace falta iniciar la conversación de un modo natural. Si las respuestas o intervenciones del paciente son excesivamente cortas, el examinador ha de pedirle más información para inducirlo a producir secuencias más largas. La muestra de la conversación determinará si el paciente presenta una afasia fluente o no fluente.

Descripción de los apartados de la conversación (tabla 3).

Conversación dirigida. Se evalúa la capacidad del paciente en mantener una pequeña conversación con el examinador.

Se considera como positivo el hecho de que responda alguna o todas las preguntas y como negativo cuando no responde ninguna. Aún así será necesario determinar si la producción verbal del paciente es fluente o no fluente.

No se considera lenguaje emisiones de sonidos, sílabas o automatismos.

Si el paciente no responde a ninguna pregunta de estos apartados hay que puntuar negativamente la conversación dirigida, la fluencia ver-



Tabla 3. Prueba de conversación.

*Conversación dirigida*

Instrucciones: registrar el lenguaje del paciente, sustituir por preguntas similares.

- ¿Cómo se encuentra hoy?
- ¿Cómo se llama?
- ¿Dónde está?
- ¿Cuánto tiempo hace que está aquí?
- ¿Dónde vive?
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuál es su oficio?
- Hábleme de su familia.
- ¿Tiene hijos?
- Explíqueme por que cree que está aquí.
- ¿Cómo avisaría a la enfermera por la noche?
- Si el paciente responde a las preguntas, se pasa al apartado de fluencia.
- Si no responde, pasar a repetición.

*Fluencia verbal*

Instrucciones: pedir al paciente que hable sobre alguna cosa.

- Describir la habitación.
- Que hable de su familia.
- En que consistía su trabajo.
- Que hacía durante su tiempo libre.
- Escoger una o dos según los intereses del paciente.

*Evaluación de la fluencia*

Fluente

- De 100 a 200 palabras.
- Producción fácil de lenguaje.
- Buena articulación.
- Frase normal (5-8 palabras por frase).
- Prosodia normal.
- Omisión de palabras de significado semántico.
- Parafasias abundantes.

No fluentes

- 50 palabras.
- Esfuerzo para verbalizar.
- Pobre articulación.
- Frases cortas (una sola palabra).
- Disprosodia moderada.
- Uso preferente del sustantivo.
- Lenguaje automático*
- Instrucciones: hacerle decir series automáticas.
- Días de la semana.
- Contar hasta diez.
- El alfabeto.
- Los meses del año.

tal y el lenguaje automático. Se señalará el tipo de lenguaje como no fluente y se pasará al apartado de repetición.

**Fluencia verbal.** Se evalúa la fluidez del paciente en la producción del lenguaje a partir de un estímulo auditivo. Se determina la naturaleza del lenguaje del paciente: fluente o no fluente. No se considera lenguaje emisiones de sonidos, sílabas o automatismos.

**Lenguaje automático.** En este apartado se pide al paciente que evoque las series verbales que se dicen de una manera automática. En las afasias globales es la única producción de lenguaje posible.

Las respuestas se han de dar en orden y completas. Se exigen, como mínimo, tres o cuatro elementos de la categoría en un máxi-

mo de un minuto y medio, permitiéndosele algún error.

Descripción de la repetición (tabla 4).

Se evalúa la repetición de sílabas, palabras y frases.

Descripción de la Denominación (tabla 5).

Casi todos los afásicos tienen dificultades en la denominación, pero en el caso de la afasia anómica son más evidentes.

Si no responde hay que dar ayuda fonémica (la primera letra es,... pronunciar la primera sílaba). No dar más de 20 segundos por cada estímulo. Se aceptan respuestas con pequeños errores articulatorios o con alguna parafasia fonémica (sustitución de algún sonido).

Completar oraciones. Se evalúa la capacidad del paciente en completar una frase con una pa-



Tabla 4. Repetición.

*Repetición de sílabas*

Instrucciones: hacerle repetir sílabas.

- PA/AP
- NA/AN
- SA/AS
- JA
- ZA
- RRA/AR
- ÑA
- LLA

*Repetición de palabras*

Instrucciones: hacerle repetir palabras.

- Pala.
- Cansado.
- Garantía.
- Jeroglífico.
- Expresar.
- Rezagado.
- Caña.
- Llorar.

*Repetición de frases*

Instrucciones: hacerle repetir frases.

- Está lloviendo.
- He perdido las gafas.
- El perro ladra en el jardín.
- El niño ha roto un cristal con la pelota.
- Los trabajadores salen de la fábrica a las ocho.
- Los trenes que llegan a la estación van a París.

labra. Si el paciente duda, darle un ejemplo como "la nieve es (blanca)". Se admitirán otras respuestas correctas.

Evocación de categorías. Se evalúa la capacidad de evocar el mayor número de elementos pertenecientes a una determinada categoría semántica. Es la tarea más compleja dentro de la denominación. Si duda se le puede ayudar sugiriéndole algún elemento de la categoría pedida.

Confrontación visual. Se evalúa la capacidad del paciente de evocar el nombre del objeto que se le señala visualmente.

Tabla 5. Denominación.

*Completar oraciones*

Instrucciones: pedir al paciente que complete frases.

- El agua del mar es ..... (salada)
- La sangre es ..... (roja)
- El pan se compra en ..... (la panadería)
- El peluquero corta los ..... (cabellos)
- El mecánico arregla ..... (coches)

*Evocación de categorías*

Instrucciones: Pedir el mayor número de palabras pertenecientes a una categoría semántica.

- Colores.
- Medios de transporte.
- Frutas.
- Deportes.
- Piezas de ropa.

*Confrontación visual*

Instrucciones: señalar objetos de la habitación y pedirle el nombre.

- Puerta.
- Cama.
- Mesita de noche.
- Timbre.
- Silla.

*Partes del cuerpo*

Instrucciones: señalar partes del cuerpo y pedirle el nombre.

- Nariz.
- Oreja.
- Pie.
- Mano.
- Dedo.
- Cuello.

*Contrarios*

Instrucciones: hacer completar frases con el contrario del nombre propuesto.

- Lo contrario de blanco es ..... (negro)
- Lo contrario de caliente es ..... (frío)
- Lo contrario de seco es ..... (mojado)
- Lo contrario de grande es ..... (pequeño)
- Lo contrario de tierno es ..... (duro)



Tabla 6. Comprensión.

*Órdenes verbales complejas*

Instrucciones: pedir que ejecute órdenes dadas verbalmente.

Abrir la boca.

Abrir y cerrar los ojos tres veces.

Sacar la lengua.

Tocarse la oreja derecha y levantar el brazo izquierdo.

Sacar la lengua y tocarse la nariz.

Cerrar los ojos, abrir la boca y levantar el brazo derecho.

*Preguntas sí/no*

Instrucciones: pedir respuestas sí/no a preguntas formuladas verbalmente.

¿Tiene hambre?

¿Está durmiendo?

¿Es esto un hospital?

¿Estamos en primavera?

¿Está usted en su casa?

Observaciones: explicar al paciente lo que le haremos. En caso de que no pueda emi-

tir respuesta verbal, establecer con él un código, como por ejemplo, cerrar los ojos para decir "sí".

*Señalar*

Instrucciones: hacerle señalar a partir de una orden verbal.

Techo.

Sábana.

Pared.

Suelo.

Almohada.

*Señalar partes del cuerpo*

Instrucciones: hacerle señalar las partes del cuerpo a partir de una orden verbal.

Nariz.

Ojos.

Boca.

Orejas.

Mano.

Dedo.

Pierna.

Partes del cuerpo. Se evalúa la capacidad del paciente para decir el nombre de la parte del cuerpo señalada.

Contrarios. Se evalúa la capacidad del paciente para dar el contrario del nombre propuesto. La respuesta pedida es incluida dentro de una frase del tipo "el contrario de grande es...".

Descripción de la prueba de comprensión (tabla 6).

La evaluación de la comprensión auditiva presupone que el paciente tiene intactas las vías de audición. Al presentar el estímulo, el examinador ha de hablar de forma clara, con un volumen adecuado y manteniendo un contacto visual con el paciente.

Órdenes verbales complejas. Se evalúa la capacidad del paciente para ejecutar órdenes verbales dadas oralmente. Se anotarán detalladamente las acciones que ejecuta el paciente. Se repetirán las frases si el paciente lo pide o si parece que no lo ha entendido. Es necesario

asegurarse que el paciente ha entendido lo que se le pide.

Para dar como buena una respuesta, se exige un mínimo de corrección.

Preguntas sí/no. Se evalúa la capacidad del paciente para responder sí/no a preguntas formuladas verbalmente.

En caso que el paciente no pueda emitir verbalmente esta respuesta, se establecerá con él un código.

Señalar. Se evalúa la capacidad del paciente para señalar dentro de la habitación, con las manos o con la mirada, los objetos que se le piden.

Señalar partes del cuerpo. Se evalúa la capacidad del paciente para señalar las partes del cuerpo que se le propongan.

Evaluación final.

Una vez evaluados todos los ítems se pasarán todos los resultados a la hoja de respuestas (tabla 7).



Tabla 7. Hoja de respuestas.

		Resumen de los resultados	
1. Expresión oral			
Conversación			
Conversación dirigida	+	-	
Fluencia verbal	+	-	Denominación
Lenguaje automático	+	-	Completar oraciones + -
Repetición			
Sílabas	+	-	Evocación de categorías + -
Palabras	+	-	Confrontación visual + -
Frases	+	-	Partes del cuerpo + -
			Contrarios + -
2. Comprensión			
Órdenes verbales complejas	+	-	
Preguntas sí/no	+	-	
Señalar	+	-	
Señalar partes del cuerpo	+	-	

Tipos de afasias. Guía para el diagnóstico (J. Peña & M. Pérez, 1984, pág. 24).

	Conversación	Comprensión	Denominación	Repetición	
No	-	-	-	-	Global
Fluentes	-	+	-	-	Broca
	-	-	-	+	Transcortical mixta
	-	+	-	+	Motora transcortical
Fluentes	+	-	-	-	Wernicke
	+	-	-	+	Sensitiva transcortical
	+	+	-	+	Anómica
	+	+	-	-	Conducción.

Después del estudio podemos considerar que el/la paciente tiene las características de una afasia tipo \_\_\_\_\_

Se considerarán válidas respuestas con pequeños errores articulatorios o sustituciones que no dificulten la identificación de la palabra.

Valoraremos positivo si lo hace, negativo si no lo hace.

Si el paciente no puede señalar, se aceptará que lo indique con la mirada.





BIBLIOGRAFÍA

1. Deus Yela J. Localización neuroanatómica de la lesión en las afasias corticales y subcorticales mediante tomografía computarizada. *Rev Logop Fon Audiol* 1991;12:152-61.
2. Ducarne de Ribaucourt B. Reeducción semiológica de la afasia. Barcelona: Edit. Masson; 1989.
3. Goodglars H, Kaplan E. Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados. 2.ª edición. Madrid: Edit. Médica Panamericana, S. A.; 1996.
4. Goodglars K. Evaluación de la afasia y trastornos similares. Argentina: Edit. Médica Panamericana; 1974.
5. Helm Estabrooks N, Martin LA. Manual de terapia de la afasia. Madrid. Edit. Médica Panamericana, S. A.; 1994.
6. Icar MT, Caja López C. Protocolo de investigación (1). Diseño. *Revista Rol de Enfermería* 152:11-7.
7. Kaschak Newman D, Jakovac Smith DA. Planes de cuidados en geriatría. Afasias. Madrid. Edit. Doyma libros S. A.; 1994;2:233-50.
8. Lesser R. Investigaciones lingüísticas sobre la afasia. Barcelona. Edit. Médica y Técnica S. A.; 1983.
9. Lynne W, Clark Phd. Atención primaria. Trastornos del lenguaje: qué buscar y cuándo consultar. *Modern geriatric* (Edit. Española); 7:24-8.
10. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de atención primaria organización y pautas de actuación en la consulta. 2.ª ed. Barcelona: Edit. Doyma; 1990;21:268-83.
11. Moreno Carretero M, Moreno Carretero MJ. Afasia; revisión. *Rev Logop Audiol* 1997;17:259-76.
12. Ortiz Alonso T. Neuropsicología del lenguaje. Madrid: Ed. Cepe S. L.; 1995.
13. Peña Casanova J, Pérez Pamies M. Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados. 2.ª ed. Barcelona: Edit. Masson; 1995.
14. Pera Fábregas I. Els protocols. *Revista informativa del colegio oficial de diplomados en enfermería de Barcelona*; 1997;12:58.
15. Sos Abad A, Sos Lansac ML. Logopedia práctica. Madrid: Ed. Escuela Española; Capítulo XII: 173-91.