



---

**Universidad de Valladolid**



**FACULTAD  
DE MEDICINA**

**GRADO EN LOGOPEDIA  
CURSO 2022/2023**

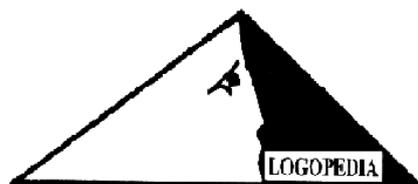
**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN EL MOMENTO AGUDO DEL ICTUS**

**Autora:** Paula González Flores

**Tutora:** Isabel Álvarez Alfageme

**FACULTAD DE MEDICINA**



## ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
1- Ictus o ACV (accidente cerebrovascular)	4
2- Alteraciones de la comunicación derivadas del ictus	5
3- Afasia y clasificación	7
4- Disartria y clasificación	10
5- Disfagia y tipos	11
6- Rehabilitación logopédica	12
OBJETIVOS	16
METODOLOGÍA	17
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	43

## RESUMEN

**Introducción:** Sabiendo que la intervención logopédica es imprescindible en los pacientes que han sufrido un ictus con secuelas logopédicas. Resulta necesaria la implementación de dicho tratamiento con la mayor prontitud posible al verse afectada la comunicación del paciente, dificultando así su relación con el entorno, relaciones sociales, calidad de vida e incluso su estado anímico.

Conocer las secuelas del ictus y mediante un análisis de métodos usados, sus resultados y conclusiones, podemos recopilar los datos necesarios que nos abren el camino hacia la intervención más eficaz y específica posible para cada caso.

**Objetivos:** Vislumbrar los diferentes tipos de intervenciones apropiadas en función de la alteración a tratar, con el número de sesiones, tiempo de cada una y duración del tratamiento lo más eficaz posible trabajando desde una rehabilitación temprana encaminada hacia los mejores resultados posibles.

**Metodología:** A través de una búsqueda bibliográfica y mediante una serie de parámetros y características, se han seleccionado unos artículos que tratan no solo de la gravedad de la patología, sino también de las repercusiones, tipos de tratamientos e intervenciones detallando procedimientos y conclusiones útiles y necesarias para analizar diferentes puntos de vista según diferentes autores y profesionales, aprender y seguir progresando como logopeda.

**Conclusiones:** Pese a los resultados positivos de diversos estudios y a la evidencia de la efectividad de la rehabilitación tras el ictus, concretamente en el área logopédica, basta es la escasez de recursos que aporta la sociedad a estos servicios y demasiada la necesidad de más investigaciones e implantación de planes de intervención evidenciados y demostrados.

**Palabras clave:** stroke, speech therapy, aphasia, dysarthria, speech rehabilitation, rehabilitación logopédica en ictus, tratamiento tras el ictus, secuelas en el ictus.

# INTRODUCCIÓN

## **1- Ictus o ACV (accidente cerebrovascular)**

El ictus o accidente cerebrovascular es la aparición brusca de la enfermedad, en la que hay un trastorno del flujo sanguíneo y que al estabilizarse deja una sintomatología de lesión cerebral focal. Dicha lesión será diferente dependiendo de la localización de la afectación, su etiología y su mecanismo de producción.

El pronóstico de esta enfermedad se ve influido por factores como: posibles complicaciones que surjan de la misma, severidad y localización de la lesión, características clínicas y personales del paciente, así como las familiares y retraso en el inicio del tratamiento médico y rehabilitador.

Debido a la implantación del código ICTUS, la atención, detección y tratamiento del mismo es muy rápida. Durante la etapa hospitalaria y mediante la aplicación de una serie de escalas de puntuación, pruebas clínicas y de imagen, clínica, antecedentes y síntomas, se implanta un tratamiento o neurointervención si fuera necesario. Posteriormente el paciente ingresa en la unidad de ictus en el que recibe cuidados especializados, una vez se pasa la fase aguda, el paciente recibe el alta hospitalaria en el que se debe acordar con el cómo se va a continuar la rehabilitación, tiempo, duración estimada que irá variando en función de la evolución y el lugar que dependerá de la posibilidad de traslado.

En función del mecanismo de producción, existen dos tipos de ACV:

### **- ACV isquémico**

Producido por falta de riego sanguíneo, representa el 80-85% de los ictus, y puede ser global, en el cual, la falta de riego aparece en todo el encéfalo, o focal, que, a su vez, según la duración se clasifica en AIT (ataque isquémico transitorio) y el infarto cerebral.

En el caso del infarto cerebral, según su causa, se distinguen: infarto aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, de causa inhabitual y de origen indeterminado. Además, los infartos cerebrales presentan otra clasificación según la zona afectada, dado que en función del vaso que se haya afectado, la localización, signos y síntomas serán diferentes.

### - ACV hemorrágico

Provocado por una rotura de vaso y extravasación de sangre intracraneal, corresponde al 15-20% de los ictus. La causa más frecuente es la hipertensión arterial, y su clasificación se basa en la localización. Se distinguen: hemorragia cerebral, subaracnoidea y hemorragia intracraneal, asociada a una malformación vascular.

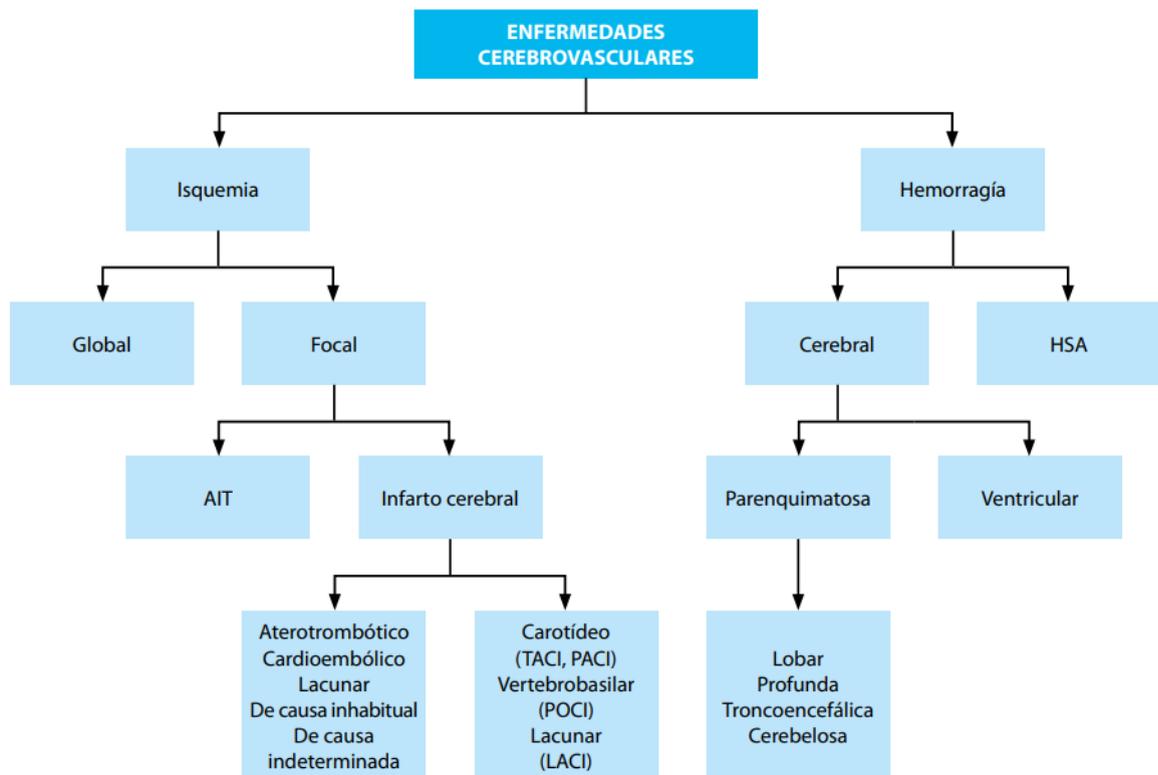


Figura 1. Clasificación de la enfermedad cerebrovascular según su naturaleza por Lago Martín, A et al, 2019.

Una vez pasada la fase aguda del ACV, las complicaciones que propician el fallecimiento siguen latentes, una vez pasado el tiempo de dicho riesgo, la clínica se estabiliza con secuelas, el 30-40% corresponde a secuelas graves y el porcentaje restante a secuelas menores o ausencia de las mismas.

## 2- Alteraciones de la comunicación derivadas del ictus

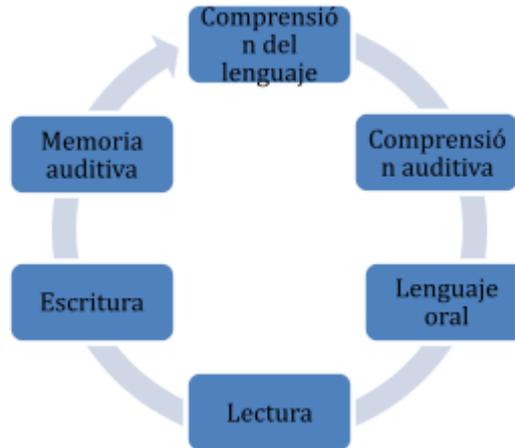
Las principales alteraciones en la comunicación afectan a los niveles básicos del lenguaje, de esta forma se va evaluando cada uno de ellos para determinar la alteración. Los niveles que hay que tener en cuenta son:

- Fonético y fonológico, referente a los sonidos de los fonemas en función de su articulación y función.
- Gramatical, que incluye sintaxis y morfología, hace referencia a la estructura de las palabras en cuanto a estructura y variaciones.
- Semántico, trata del significado y relaciones entre las palabras.
- Pragmático, referente al acto comunicativo, su sentido y los aspectos relacionados con la comunicación.

Existen una serie de procesos motores que hacen posible la comunicación y que también se ven afectados:

- Respiración, en ella los músculos espiratorios producen una corriente de aire que hace vibrar las cuerdas vocales generando la fonación.
- Fonación, proceso que genera los sonidos de la voz, y en la que interviene: el tono (elevación de la frecuencia de las vibraciones), la intensidad (amplitud de la frecuencia) y el timbre.
- Resonancia, amplificación del tono.
- Articulación, movimiento que modifica el sonido para transformarlo en palabras.
- Prosodia, característica lingüística que engloba: la acentuación (fuerza ejercida en una sílaba), entonación (variación del tono) y ritmo (velocidad de la producción de la voz)

En el caso de las afasias, se ven afectados los siguientes procesos cognitivos:



Sabiendo esto, los niveles del lenguaje afectados en la afasia son: fonológico, semántico, gramatical, pragmático y prosódico dado que afecta al lenguaje oral y a su entonación.

En la disartria la localización de la lesión provoca variaciones en las alteraciones que se manifiestan lo que nos permite diferenciarlas, pero en todos los tipos de disartria se ven afectados los procesos motores mencionados anteriormente.

La disfagia por otro lado presenta alteraciones de carácter orgánico, en las que se ve afectada la anatomía, y de carácter funcional, en las que la alteración está a nivel neuromuscular provocando disfunciones en la ejecución y coordinación.

### 3- Afasia y clasificación

*“Afasia, defecto o pérdida de lenguaje como consecuencia de una lesión neurológica. Las afasias son trastornos de la capacidad de usar, en su compleja decodificación o codificación, los elementos significativos del habla (monemas y sintagmas) o sus componentes de función meramente distintiva (fonemas), por afectación de su selección y oposición en relación con su similitud en el seno de un paradigma o de su combinación y encadenamiento en la continuidad de un contexto (en el curso de un sintagma). Es consecuencia de la lesión de los centros del lenguaje o de sus conexiones, localizados en el hemisferio cerebral dominante.”*  
(<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/afasia>)

A pesar de que su causa más frecuente sean los ictus, afecta a toda la población independientemente de sus características intrínsecas, dificultando el desarrollo normal de la vida diaria y afectando en mayor medida a la comunicación y la relación con el entorno, por lo que es una de las consecuencias más severas del ACV y más limitantes para el sujeto que la padece. Aproximadamente el 90% de las afasias son secundarias a lesiones con origen en el hemisferio cerebral izquierdo y el 10% restante corresponde a lesiones en el derecho.

En la clasificación de las afasias se tienen en cuenta: fluencia, comprensión auditiva, repetición y denominación, aunque esta última afecta a todos los tipos de afasias. La distinción entre afasias se realiza gracias a la correlación entre los síntomas a evaluar y la localización anatómica de la lesión. Esas correlaciones identifican “no fluentes” con lesiones anteriores en el lóbulo frontal, y “fluentes” con lesiones posteriores en lóbulos temporal y parietal. La repetición del lenguaje afectado indica lesión en el área perisilviana así como tener conservada dicha capacidad indica ausencia de lesión en esa área. Por último, la comprensión afectada es indicativo de lesión posterior, y su conservación revela lesión anterior.

- **Afasia de Broca:** se presenta en lesiones en el lóbulo frontal ya que el lenguaje espontáneo resulta ser no fuente. A excepción de elementos sintácticos, mantiene la comprensión intacta, sin embargo, hay alteración en la repetición y denominación. Según la severidad, los síntomas varían desde los casos graves con mutismo inicial y emisiones limitadas con estereotipias CV o CVC hasta lenguaje espontáneo no fuente con escasos nombres y verbos y parafasias fonémicas.

Además, pueden aparecer expresiones telegráficas con agramatismos. Las producciones se caracterizan por mala articulación, esfuerzo excesivo, disprosodia, apraxia del habla y pausas prolongadas. Esta afasia se relaciona con déficits motores y apraxia bucofacial, los sujetos que la padecen son conscientes de sus dificultades y suelen presentar frustración y depresión en consecuencia.

- **Afasia de Wernicke:** aparece lesión en las áreas posteriores cerebrales, regiones temporales y parietal izquierda. Se considera una afasia fluente, ya que su lenguaje espontáneo es abundante, sin esfuerzo, con buena articulación y con logorrea. La lectura y escritura están afectadas siempre. El discurso está caracterizado por parafasias, es anormal y está distorsionado y como consecuencia la denominación se ve afectada. El aspecto más destacable de esta afasia es la alteración de la comprensión, en todos los niveles, conversacional, reconocimiento de fonemas y palabras y ejecución de órdenes, por eso la repetición está también alterada, por la falta de procesamiento fonológico.

En la afasia de Wernicke no hay alteraciones focales motores, pero si la sensibilidad y aparece hemianopsia, apraxia, agnosia y anosognosia, ya que no tienen conciencia de sus dificultades y niegan tenerlas.

- **Afasia de conducción:** debida a lesiones en fascículo arcuato y áreas vecinas en los lóbulos temporal y parietal. Según la localización de la lesión



su fluencia varía entre la afasia de Broca y la de Wernicke. La articulación y prosodia están conservadas, pero al presentar anomia, la velocidad del habla es lenta.

Se caracteriza por sustituciones, parafasias, repetición alterada y conciencia de sus fallos. Buscan autocorregirse con aproximaciones verbales. La alteración en lectura y escritura varía, así como la denominación, que mejora con pistas fonológicas. No siempre presenta déficit motor, pero sí es frecuente la alteración de la sensibilidad.

- **Afasia Global:** afecta a todos los niveles del lenguaje con una acusada alteración del lenguaje espontáneo, comprensión auditiva, repetición, denominación, lectura y escritura. En casos muy severos, ausencia de intención comunicativa. Normalmente esta afasia es consecuencia de lesiones en el área perisilviana izquierda, comprometiendo: lóbulo frontal, temporal y parietal.
- **Afasias transcorticales:** representan el 20% de todas las afasias y se caracterizan por preservar la repetición:

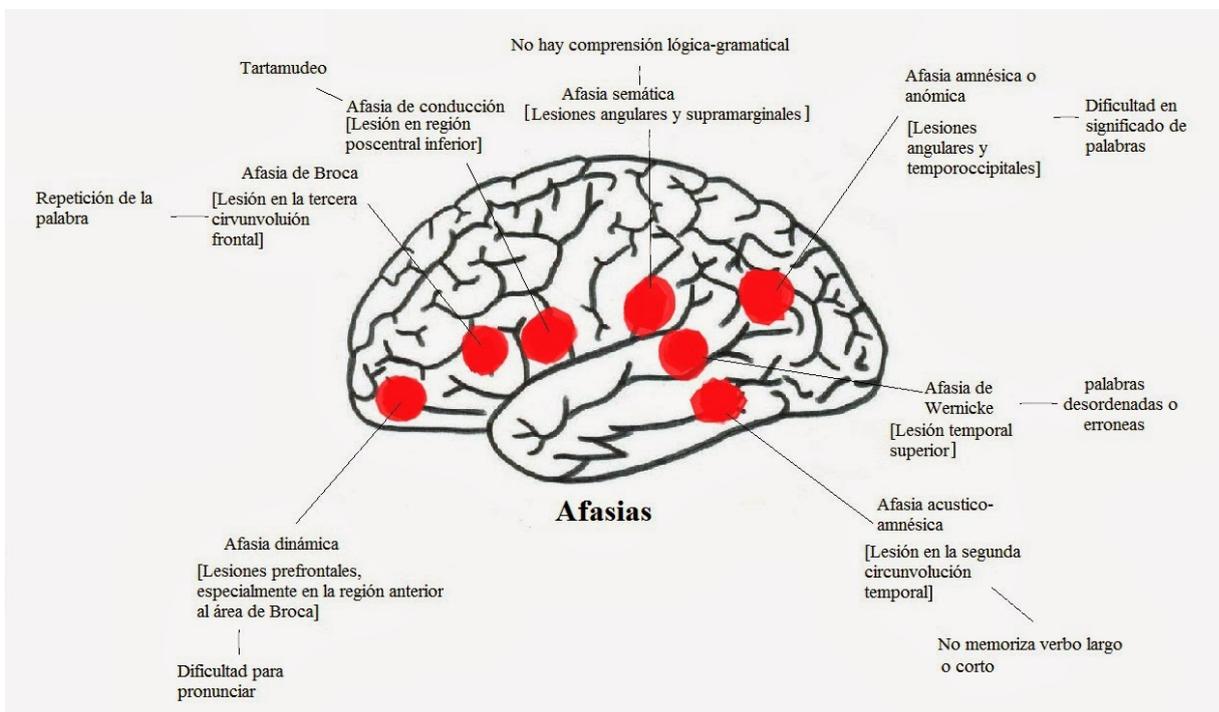
- Afasia transcortical motora: la variedad clásica, inicialmente puede presentar mutismo o descenso de la fluidez. Las emisiones son palabras aisladas o frases automáticas, pero sin parafasias. La articulación y la gramática no están alteradas pero las emisiones se realizan con volumen reducido y sin melodía. La denominación, repetición y comprensión auditiva están preservadas. Un aspecto característico de esta afasia es la presencia de ecolalias y la capacidad de completar frases incompletas.

La otra variedad de afasia transcortical motora se caracteriza por la ausencia de intención comunicativa, pero con capacidades lingüísticas intactas, alteración en la búsqueda del lenguaje o en la selección de respuestas verbales acordes. La localización de la lesión en estas afasias es variable: lóbulo frontal, región prefrontal lateral y corteza cingular anterior.

- Afasia transcortical sensorial: las lesiones pueden ser: en la región frontal, temporal anteroinferior y parieto-occipital y presentan dos variantes, anómica y semántica. Ambas presentan lenguaje espontáneo fluente y alteración en la comprensión auditiva y lectora, pero conservando la articulación, entonación, gramática y repetición. En la variedad anómica se encuentra dificultad para encontrar la palabra provocando pausas y circunloquios.

- **Afasia transcortical mixta:** presenta alteraciones en todas las funciones lingüísticas excepto en la repetición. Aparecen estereotipias, lenguaje espontáneo escaso, ausencia de comprensión auditiva y la denominación, lectura y escritura se ven afectadas. Consecuencia de lesiones unilaterales o bilaterales de localización variable.
- **Afasia anómica:** se manifiesta con grave afectación en la denominación, además el lenguaje espontáneo es fluente y la articulación y gramática están conservadas. Es característico el lenguaje vacío y dificultad para encontrar las palabras surgiendo circunloquios. La lesión, aunque también puede variar, se encuentra en el lóbulo temporal o frontal dorsolateral izquierdo.

La detección de estas alteraciones se realiza mediante métodos como la neuroimagen en los que la localización de la lesión es determinante y mediante numerosas evaluaciones o escalas que analizan la clínica y comunicación en el momento agudo o tras el alta. Gracias a estas escalas se puede detectar qué habilidades lingüísticas concretas están afectadas y de este modo enfocar la posterior rehabilitación de forma específica e individualizada buscando la mayor eficacia y funcionalidad.



**Imagen 1:** Tipos de afasias

#### 4- Disartria y clasificación

*“Disartria, articulación anormal de sonidos o fonemas por la activación anormal de los músculos faríngeos oromandibulares que afectan a la velocidad, potencia, sincronización y precisión del habla. La disartria es casi invariablemente de origen neurógeno, y se debe a alteraciones del sistema nervioso central, nervios, unión neuromuscular y músculo. Las disartrias pueden afectar a la fonación, respiración y prosodia.” (4)*

La disartria afecta aproximadamente al 20-30% de las personas que han padecido un ACV, aunque se puede sufrir también a causa de meningitis, encefalitis, meningioma o neuroma acústico.

La disartria cursa con habla menos inteligible por el déficit en la coordinación de la musculatura implicada en la resonancia, producción de la voz, articulación, y al verse afectada también la respiración, en ocasiones es también un habla sin expresividad y con menos potencia de producción de la necesaria. Dependiendo de la gravedad y del tipo de disartria que aparece en la tabla 1, la afectación puede variar desde una leve alteración en la precisión hasta tener un habla totalmente ininteligible.

Tipo	Localización	Expresión oral	Causas
Flácida	Motoneurona inferior	Entrecortada, voz nasal, consonantes imprecisas	Ictus, miastenia gravis
Espástica	Motoneurona superior bilateral	Voz discordante, emisiones de esfuerzo, frecuencia lenta, consonantes imprecisas	Ictus bilaterales, neoplasias, esclerosis lateral amiotrófica
Motoneurona superior unilateral	Motoneurona superior unilateral	Frecuencia lenta, voz discordante, consonantes imprecisas	Ictus, neoplasias unilaterales
Atáxica	Cerebelo	Interrupciones irregulares de la articulación, acentuación excesiva e igual	Ictus enfermedades degenerativas del cerebelo
Hipocinética	Extrapiramidal (ganglios basales)	Frecuencia rápida, hipofonía, monotonía en las emisiones	Enfermedad de Parkinson y otros trastornos hipocinéticos del movimiento
Hipercinética	Extrapiramidal (ganglios basales)	Prolongación de fonemas, frecuencia variable, pausas inadecuadas, obstrucciones de la voz	Enfermedad de Huntington, distonía
Espástica flácida	Motoneurona superior e inferior	Hipernasalidad, voz discordante, esfuerzo, frecuencia lenta, consonantes imprecisas	Ictus múltiples, esclerosis lateral amiotrófica

**Tabla 1.** Clasificación de las disartrias

Estas alteraciones del lenguaje y la comunicación afectan negativamente en el entorno social del paciente y a su independencia pudiendo manifestar frustración y disminuyendo su deseo de comunicación. Por este motivo la intervención debe ser lo antes posible, facilitando una comunicación eficaz y disminuyendo las consecuencias.

## 5- Disfagia y tipos

*“Disfagia, síntoma que expresa la dificultad en el transporte de secreciones endógenas o de los alimentos hacia el tracto digestivo superior. La aspiración se produce por la entrada de cualquiera de estas sustancias a la vía aérea, debido a la encrucijada anatómica de la vía aerodigestiva superior, y es un factor determinante de la gravedad de la disfagia.” (Molina Gil, B et al.)*

El 50% de los sujetos que padecen ACV, presentan disfagia, aunque en algunos casos hay mejoría espontánea, entre el 11% y 50% presentan incapacidad a largo plazo. Con asiduidad se presenta en forma de disfunción sensorial oral y faríngeo, lo que provoca que se alarguen los tiempos faríngeos y se produzca aspiración a las vías respiratorias, aumentando el riesgo de neumonía. La mitad de los casos de disfagia experimentan también aspiraciones, disminuyendo la calidad de vida y el bienestar general. La disfagia puede estar debida a una causa orgánica o funcional, y se clasifican en:

- **Disfagia orofaríngea:** representan el 80% de las disfgias, y afectan a los segmentos: oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior. La aspiración implicada en esta disfagia puede ser clínica o asintomática, dependiendo de la sensibilidad, reflejo tusígeno y la limpieza traqueal. Es importante un diagnóstico precoz debido a que puede causar la muerte y puede aparecer en cualquier momento del proceso.
- **Disfagia esofágica:** supone el 20% de las disfgias, suele estar causada por dificultades mecánicas, y afecta a la parte superior, inferior y cuerpo del esófago y al cardias.

## 6- Rehabilitación logopédica

La rehabilitación logopédica tiene como objetivo compensar los déficits producidos por el ictus, recuperar las funciones alteradas y enseñar métodos de compensación en aquellas que no son recuperables para tratar de lograr una autonomía y mejorar sus síntomas y relaciones sociales.

La rehabilitación en el momento agudo en el que el paciente se encuentra en el hospital ha de ser intensiva, multidisciplinar, específica a cada caso, muy frecuente y adecuada a la corta estancia del paciente en el hospital. Esto solo es posible si hay una coordinación de servicios y el mayor flujo de información posible.

En la fase aguda es necesario un inicio precoz, una vez esté establecido el diagnóstico, pautado el tratamiento y estabilizado al paciente. Si se inicia en la primera semana tras el ictus hay menos secuelas y un mayor pronóstico que si se inicia más tarde. Tras el ictus, la rehabilitación debe ser de forma continua y reevaluada periódicamente adaptándose a la evolución, según sus características y tolerancia, facilitando así la intervención y la tolerancia a la misma.

La duración varía en función de cómo vaya evolucionando el paciente, así como la intensidad y el tiempo dependerá del estado inicial de la enfermedad. Los pacientes después del alta, en el periodo crónico también tienen que tener acceso a la rehabilitación que se acordara con ellos días y lugar. En las alteraciones cognitivas y de la comunicación se ve mejoría incluso llevando un año de rehabilitación, por lo que la duración de la misma deberá ser individualizada en todo caso, así como el abordaje. Además, se deberán realizar revisiones periódicas y las correcciones necesarias.

- Estrategias de rehabilitación logopédica:

La rehabilitación logopédica se debe abordar de forma global, ya que en ella se tratan aspectos médicos, neuropsicológicos y sociales. Se inicia recabando información y con evaluación logopédica para determinar el diagnóstico y discernir los componentes del lenguaje afectados de los preservados.

Una vez establecido el diagnóstico, se plantean unos objetivos que en el caso de las alteraciones del habla y lenguaje serán: dar los medios adecuados y especializados para una comunicación eficaz y, recuperar las capacidades perdidas lo máximo que sea posible en cada caso. En la disfagia, los objetivos están enfocados a enseñar maniobras de deglución segura evitando aspiraciones y, recuperar la capacidad de deglución en la medida de lo posible. De igual forma, se hace hincapié en la relación con el paciente y su familia, para poder afrontar la situación con los objetivos adecuados.

- ✓ **Aportar los medios adecuados para la comunicación:** en la disartria se pueden usar medios de comunicación alternativo, pero en la afasia, concretamente en la grave, se deben usar métodos como fichas o libretas en las aparezcan imágenes con la información clave y esencial, aunque para ello es necesario tener intención comunicativa y oportunidad de acostumbrarse a ello. En este caso las tecnologías como móviles o tabletas serán de utilidad, ya que su uso es habitual, más directo y fácil de transportar.



Además de facilitar la comunicación de este modo, hay que enseñar a la familia las estrategias para garantizar su comprensión oral y escrita y su expresión en un acto comunicativo. Las principales estrategias se basan en:

- Descubrir sus habilidades.
- Hacer preguntas claras dando tiempo para responder.
- Pedir pistas en el caso de no entender lo que dice.
- Usar sistemas de comunicación.
- Encontrar sus actividades de interés.
- Crear oportunidades de comunicación mediante actividades
- Asegurarse que la familia ha entendido el proceso y las estrategias.

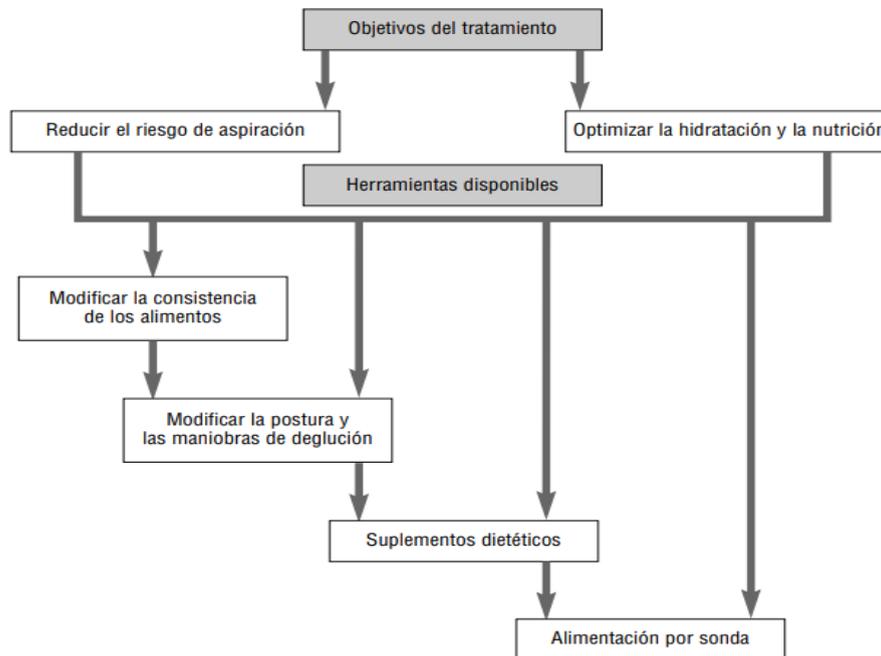
- ✓ **Recuperar capacidades perdidas:** para ello se debe implantar una intervención especializada y adecuada a cada paciente que se pueda revisar y cambiar en función de la evolución. A través de los errores se revisan y evalúan los procesos del lenguaje que se encuentran alterados en cada uno de los niveles y así potenciar las habilidades cognitivas básicas.

Las sesiones de intervención se podrán realizar de forma individual o grupal, y la duración será variable dependiendo de cada caso y teniendo en cuenta el esfuerzo que requiere por parte del paciente. La familia tiene un papel importante, ya que con su colaboración podrá aportar una estimulación en el ámbito familiar y social que facilite la recuperación.

- ✓ **Deglución segura:** una vez identificada la disfagia y realizados los test de texturas, de funciones motoras y exploración adecuadas, evaluando la conciencia, secreciones orales, control postural e higiene oral, se seguirá un control y evaluación periódicos, dado el riesgo que supone la disfagia.

Signos como: tos, cambios en la calidad de la voz, voz húmeda, carraspeo, residuos, babeo, hipersalivación y deglución fraccionada, nos ayudan a discernir la textura de la alimentación con la que se debe trabajar al inicio y la sección del bolo tolerada, para posteriormente ir avanzando hacia la textura

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus* más normal posible, y proteger la vía aérea al mismo tiempo que se realiza la intervención.



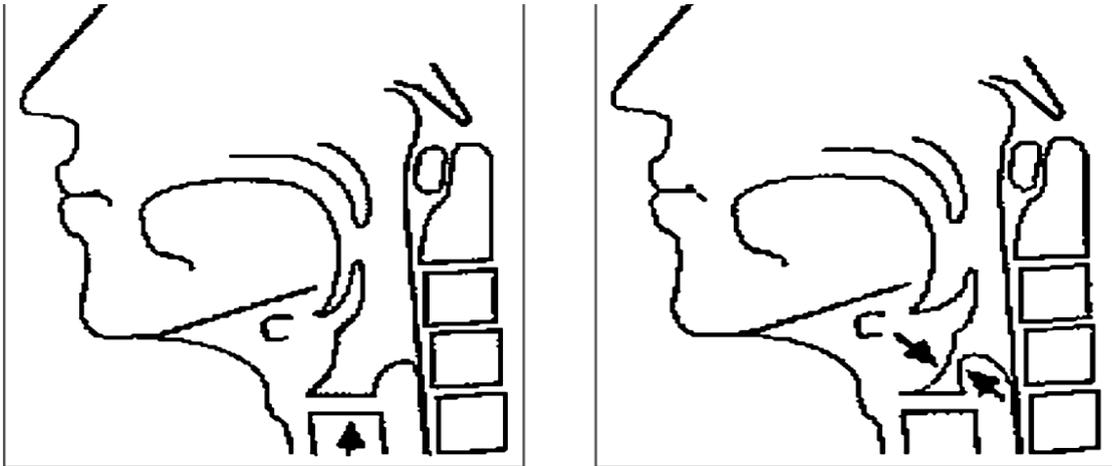
**Figura 2:** Organigrama del tratamiento de la disfagia, por Velasco M.<sup>a</sup> Mercedes et al.

Además de texturas y cantidad, ante las disfagias se trabaja también con las siguientes estrategias:

1. Incremento sensorial oral, aumentando la conciencia sensorial, para ello:
  - Modificaciones del volumen y viscosidad
  - Estimulación térmica y táctil
  - Estimulación de la salivación
  - Combinación de sabores
2. Técnicas posturales que aportan una deglución eficaz y segura:
  - Flexión anterior del cuello
  - Rotación de la cabeza orientada al lado de la lesión



- Deglución en decúbito supino o lateral, evitando la aspiración gracias a la gravedad
- 3. Terapia miofuncional y movilizaciones en la musculatura orofaríngea para fortalecerla.
- 4. Maniobras compensatorias, usadas según las alteraciones que se observen. Evitando residuos faríngeos que provoquen aspiraciones, y son: supraglótica, super supraglótica, de deglución forzada o de esfuerzo y de Masako.



**Imagen 1:** Maniobra supraglótica y super supraglótica, por Velasco M.<sup>a</sup> Mercedes et al.

## OBJETIVOS

El principal objetivo es hacer una revisión bibliográfica de las intervenciones logopédicas tras el ictus en artículos y estudios de características concretas; como han sido registrados, que métodos se han usado y los resultados que han dado. De esta forma recalcar la importancia de esta rehabilitación y mostrar su eficacia, así los objetivos específicos son:

1. Analizar los principales métodos usados para las intervenciones dependiendo de la alteración a tratar.
2. Estudiar los tiempos aproximados de duración de las intervenciones.
3. Tratar la importancia de una rehabilitación temprana.

4. Analizar resultados finales y conclusiones de dichas intervenciones.

## METODOLOGÍA

La realización de esta revisión bibliográfica, comenzó con la búsqueda de artículos y referencias bibliográficas en febrero, y aunque inicialmente dicha fase finalizó a finales del mismo mes, se recogió más información bibliográfica durante el siguiente mes por motivo de escasez de información relevante. La búsqueda se realizó en las siguientes bases: Pubmed, Medline, Sumarios IME de Medicina aunque sin éxito y google académico. Para ello se usaron las palabras clave: “ictus”, “stroke”, “tipos de ictus”, “alteraciones post ictus”, “intervención en ictus”, “afasia post ictus”, “intervención en disartria”, “intervención en disfagia”, “intervención logopedia en ictus”.

Inicialmente la intención era recabar información de bibliografía posterior a 2017, debido a la falta de información la fecha límite se amplió hasta 2011 y en algún caso (5) hasta 2007 por ser información de mucha utilidad y muy desglosado. Algunos artículos se desecharon por falta de información detallada relativa a las intervenciones logopédicas, se centran más en intervenciones médicas, de enfermería o terapias rehabilitadoras de otro tipo, pero en muchos casos no se centran en la rehabilitación logopédica. Otros motivos de exclusión son: acceso de pago al abrir la versión completa del artículo y la fecha de publicación, muy anterior a la prevista, aunque este criterio se amplió.

En este trabajo se ha recogido información relativa a la intervención logopédica en la fase aguda del ictus existente en la bibliografía que se muestra en el siguiente cuadro:

<b><u>PUBLICACIÓN</u></b>	<b><u>AÑO</u></b>	<b><u>IDIOMA</u></b>	<b><u>TIPO DE ESTUDIO</u></b>	<b><u>ICTUS</u></b>	<b><u>ALTERACIÓN</u></b>	<b><u>CRITERIO DE INCLUSIÓN</u></b>	<b><u>PORCENTAJE DE RELEVANCIA</u></b>
E. Sanjuan et al.(2020). Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados	2020	Castellano	Revisión. Artículo de una revista	Isquémico y hemorrágico	Disfagia	Información sobre el proceso de admisión de ictus a nivel hospitalario	40%- Dirigido a cuidados de enfermería

específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Neurología							
Lago Martín, A et al. (2019). Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana.	2019	Castellano	Plan de atención sanitaria	NE	Disfagia	Información muy detallada de: factores, prevalencia y atención del ictus	40%- solo contextualiza el ictus
Berthier, M. L et al. (2011). Afasias y trastornos del habla.	2011	Castellano	Artículo	NE	Afasia y disartria	Desarrollo de los tipos de afasia	40%- solo es teoría, la información del tratamiento es escasa
Molina Gil, F. B et al. Disfagia y aspiración. Capítulo 120. IV. Laringe y patología cérvico-facial	–	Castellano	Capítulo de un libro virtual	NE	Disfagia y aspiración	Muy desarrollada la deglución, alteraciones, causas, evaluación, exploración y rehabilitación	80%- Información muy completa
Velasco , M et al. (2007)Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición clínica en medicina	2007	Castellano	Artículo de revista	NE	Disfagia	Evaluación, exploración, maniobras y técnicas de rehabilitación	80%- Información muy completa de disfagia
Mitchell, C et al. (2021). Prevalencia de afasia y disartria entre los supervivientes de accidentes cerebrovasculares hospitalizados que describen la provisión de terapia	2021	Inglés	Revisión. Artículo	NE	Disartria y afasia	Análisis de prevalencia de las alteraciones	30%- útil, pero sin especificar la rehabilitación y con escasa teoría

poblacional y los resultados al alta							
Claire Mitchell, C et al. (2017). Intervenciones para la disartria debida a accidente cerebrovascular y otras lesiones cerebrales no progresivas adquiridas en adultos	2017	Inglés	Revisión actualizada	NE	Disartria	Evaluación de resultados de intervenciones logopédicas	60%- Métodos de intervención pero no están explicados detalladamente
Rohde A et al. (2018) Diagnóstico de afasia en poblaciones con accidente cerebrovascular: una revisión sistemática de las pruebas de lenguaje	2018	Inglés	Revisión	NE	Afasia	Análisis de los test de evaluación del lenguaje	60%- comparación de test
Balmaseda Serrano R et al. "Intervención integral en el ictus"	2020	Castellano	Investigación, estudio	NE	NE	Muestra la eficacia de la intervención integral postictus	30%- no especifica cómo es la intervención
Brogan E et al. "Una exploración de la dosis de terapia de afasia en los primeros seis meses de recuperación del accidente cerebrovascular"	2021	Inglés	Investigación, estudio	NE	Afasia	Aporta claves de las sesiones para una intervención eficaz en afasia	40%- no especifica cómo es la intervención
MacDonald MW, et al. "Cognition in Stroke Rehabilitation and Recovery Research:	2019	Inglés	Artículo	NE	Alteración cognitiva	Recomendaciones para evaluaciones cognitivas	40%- no habla de intervenciones concretas

Consensus-Base d Core Recommendatio ns from the Second Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable"							
Zhao LR, Willing A. "Mejorar la capacidad endógena para reparar un cerebro dañado por un accidente cerebrovascular: un campo en evolución para la investigación del accidente cerebrovascular"	2018	Inglés	Artículo	NE	NE	Información detallada del ictus y plasticidad cerebral	40%- no habla de intervenciones logopédicas
Karthikeyan, Sudhir et al. "Caracterización de la recuperación motora espontánea después de un accidente cerebrovascular cortical y subcortical en la rata"	2018	Inglés	Estudio	NE	Alteración motora	Asociación de la localización de la lesión con la capacidad de recuperación	40%- no habla de intervenciones logopédicas
Priyanka P. Shah-Basak et al. (2020). La estimulación transcraneal de corriente continua de alta definición modula la actividad neurofisiológica anormal en la afasia posterior	2020	Inglés	Estudio	NE	Afasia	Análisis de la evolución de la afasia con estimulación	80%- escalas de evaluación de la afasia y análisis de errores

al accidente cerebrovascular.							
Langhorne, P et al. (2020). Atención hospitalaria organizada (unidad de ictus) para el ictus: metanálisis en red	2019	Inglés	Revisión	NE	NE	Análisis del tratamiento hospitalario tras un ictus	60%- describe la intervención en la unidad de ictus pero no habla de la intervención logopédica
Laver, KE et al. (2020). Servicios de telerehabilitación para el accidente cerebrovascular	2020	Inglés	Revisión	NE	NE	Trata la eficacia de la telerehabilitación postictus	30%- no especifica la rehabilitación logopédica
Clark, B et al. (2021). El efecto del tiempo dedicado a la rehabilitación sobre la limitación de la actividad y el deterioro después del accidente cerebrovascular	2021	Inglés	Revisión	NE	NE	Análisis de la eficacia de las sesiones en función del tiempo y duración	30%- no especifica cómo son las intervenciones
Hazelton, C et al. (2022). Intervenciones para los trastornos de la percepción después de un accidente cerebrovascular.	2022	Inglés	Revisión	NE	Alteración de la percepción de los sentidos y el entorno	Análisis de la efectividad de la intervención en la alteración de la percepción postictus	80%- trata las intervenciones y los tipos
Bath, PM et al. (2018). Tratamiento de la deglución para la disfagia en el accidente cerebrovascular	2018	Inglés	Revisión	NE	Disfagia	Efectos de la intervención en disfagia	90%- especifica cómo y por qué tratar la disfagia en la intervención logopédica

agudo y subagudo							
Arias Cuadrado A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento	2009	Castellano	Artículo	NE	Alteración del lenguaje, afasia, disfagia y disartria	Evaluación y rehabilitación de alteraciones postictus	60%- test de evaluación, alteraciones desarrolladas y sesiones pero poca intervención

\***NE**: no especificado

En este cuadro figuran los artículos que se han seleccionado por los motivos que se detallan tras varias semanas de búsqueda, el resto de artículos, no se han usado por los motivos de exclusión mencionados anteriormente.

Una vez finalizado el proceso de selección de los artículos y realizado con la última actualización de APA a finales del mes de febrero, se inicia la previsión inicial del resumen, aunque modificado con posterioridad. Posteriormente durante el mes de marzo y abril se realiza la introducción con la lectura más específica y la redacción más precisa de la definición de ictus, sus tipos y las posibles alteraciones que pueden derivar y que son importantes para la intervención logopédica, así como el desglose más específico de las alteraciones (afasia, disartria y disfagia) derivadas del ictus detallando, definición, localización de la lesión, sintomatología y su correspondiente intervención logopédica. Junto a la introducción, también se realizaron los objetivos de los que se parte para la realización del presente trabajo.

Además, en abril, una vez terminada la parte citada, se realiza la metodología, para ello se realiza una tabla con las citas bibliográficas que se han usado y cuya información ha resultado útil y específica. En dicha tabla, se recoge la información más interesante de cada artículo para que dé un primer golpe de vista el lector pueda saber qué información y de qué forma va a encontrar en cada uno de ellos.

## RESULTADOS

En base a los objetivos planteados anteriormente y el tipo de estudio, se plantean las siguientes tablas. Por un lado, figura la tabla que contiene los artículos de carácter teórico o científico, en la que se detalla el objetivo cumplido, tipo de publicación, puntos fuertes y débiles y el porcentaje de importancia respecto al tema

planteado. Una tabla fácil e intuitiva para buscar de forma rápida qué estudio interesa.

Por otro lado, el segundo tipo de tabla muestra los artículos que reflejan estudios clínicos, en ella se clasifican, pacientes, diagnóstico, exploración, tratamiento y evolución, tanto logopedia como de otros profesionales, reflejando de esta forma la cantidad y calidad de información que se ha encontrado en función del tipo de profesión.

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

*Tabla 1: Estudios teóricos o científico*

<b>AUTOR Y AÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TIPO DE PUBLICACIÓN</b>	<b>ALTERACIÓN</b>	<b>PUNTOS FUERTES</b>	<b>PUNTOS DÉBILES</b>	<b>PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN</b>	<b>PORCENTAJE DE RELEVANCIA RESPECTO AL OBJETIVO</b>
E. Sanjuan et al.(2020).	3	Artículo, revisión	Disfagia	<p>Tratamiento hospitalario y tras la fase aguda.</p> <p>Importancia de detección y tratamiento temprano de la disfagia para evitar aspiraciones.</p> <p>Tras el alta se propone rehabilitación.</p>	Propone interconsulta con logopedia solo en el caso de tratarse de disfagia severa.	Médico y enfermero	40%- Solo menciona la importancia de que sea un tratamiento temprano, pero solo especifica el referente a enfermería.
Lago Martín, A et al. (2019).	2, 3	Publicación , guía.	Alteraciones de la comunicación y de la conciencia.	<p>Desarrolla la relevancia y evolución del paciente con tratamiento temprano.</p> <p>Importancia de la correcta formación de los profesionales.</p> <p>Especifica la duración y frecuencia de las sesiones.</p> <p>Importancia al tratamiento constante y recursos necesarios al alcance del paciente</p>	Solo desarrolla la intervención que debe hacer enfermería.	Enfermero, neurólogo, fisioterapeuta y psicólogo.	70%- sí que menciona y valora la intervención logopédica que debe ser lo más temprana posible pero no especifica ni tratamientos ni escalas concretas de logopedia, solo de enfermería o medicina. Menciona la duración y frecuencia recomendada para una mejor recuperación pero no que sea de logopedia, sino de los profesionales que intervienen en la rehabilitación como el fisioterapeuta o el médico rehabilitador

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

Berthier, M. L et al. (2011).	2	Artículo	Afasia y disartria	<p>Especifica las horas semanales necesarias para ser una intervención eficaz.</p> <p>Enumera los aspectos del lenguaje a tratar.</p> <p>Describe tipos, ubicación de la lesión y síntomas.</p>	No concreta la duración del tratamiento dependiendo de la afectación.	<b>Logopeda</b>	40%- Solo concreta horas semanales, pero sin concretar la duración del tratamiento dependiendo de la alteración.
Molina Gil, F. B et al.	1	Capítulo de libro virtual	Disfagia	<p>Habla de la rehabilitación en función del tipo de alteración de la deglución.</p> <p>Describe pautas de tratamiento para cada signo detectado en cada alteración.</p> <p>Propone maniobras facilitadoras, evaluación y pautas en cada caso.</p>	No especifica duración y número de sesiones.	<b>Logopeda</b>	90%- Explicación detallada de cada pauta desde la evaluación hasta el tratamiento de cada signo de cada alteración.
Velasco , M et al. (2007)	1, 4	Artículo	Disfagia	<p>Descripción de la sintomatología para la detección.</p> <p>Test y métodos de evaluación y exploración, así como la explicación de la intervención y sus</p>	No discrimina la intervención que corresponde a cada profesional.	Médico, enfermero, <b>logopeda</b> y dietista	<p>70%- Describe cada tratamiento y sus tipos, pero sin hacer referencia a cual de ellos le corresponde al logopeda.</p> <p>40%- Menciona estudios que lo demuestran de forma clínica pero no especifica cada una de ellas ni aporta datos.</p>

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

				tipos.  Especifica la evidencia clínica de la eficacia de dicha intervención, así como la necesidad de su correcta implantación de la forma más temprana posible.			
Mitchell, C et al. (2021).	2, 4	Artículo	Afasia y disartria	<p>Evalúa la duración de la terapia promedio en minutos al día y lo compara con lo recomendado</p> <p>Analiza los factores que describen la posible necesidad de los pacientes de recibir terapia del lenguaje.</p> <p>Incluye datos del paciente como su estado al ingreso, los minutos que recibe de terapia y analiza los resultados.</p> <p>Analiza el deterioro de la comunicación en los pacientes post-ictus.</p>	No concreta a que se dedica ese tiempo de intervención, ni la desarrolla.	NE	50%- muestra la realidad de tiempo dedicado a intervención por paciente en un hospital tras sufrir un ictus, pero no desarrolla ese tiempo ya que no se pudo acceder a esos datos a la hora de realizar el artículo.
Rodhe A. et al. (2018)	1, 3	Artículo	ACV, afasia	Contextualización de la afasia en el ACV.	Indica ausencia de información referente	Médico y <b>logopeda</b>	70%- Abordaje de pruebas y escalas más usadas con

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

				<p>Destaca la importancia de un diagnóstico precoz para aplicar el tratamiento lo antes posible.</p> <p>Mención y distinción de escalas y pruebas de evaluación con sus aplicaciones y limitaciones.</p>	<p>a las pruebas o sus limitaciones que evitan que sean apropiadas, pero no propone alternativas</p>		<p>especificación de limitaciones y puntos fuertes para su uso en los casos de ACV o diagnósticos similares.</p>
MacDonald MW, et al. (2019)	1	Artículo	ACV, deterioro cognitivo	<p>Explica cómo evoluciona la función cognitiva tras un ictus, que afecta al 30-40%, y que su deterioro engloba, lenguaje, f.ejecutiva, cognición visoespacial y memoria episódica y de trabajo.</p> <p>Factores de riesgo que complican la alteración, como los sistémicos o la falta de información premórbida.</p> <p>Recomendaciones generales de cómo usar los modelos clínicos y preclínicos para futuras investigaciones.</p>	<p>No especifica métodos de evaluación específicos para logopedas más allá de mencionar la importancia de las pruebas de imagen y marcadores biológicos.</p>	NE	<p>40%- Información interesante de cara a posibles investigaciones e información del deterioro cognitivo, pero no es definitivo para logopedia.</p>

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

Zhao LR, Willing A. (2018)	3	Artículo, revisión	ACV	<p>Investigación en la recuperación del ACV.</p> <p>Contextualiza y describe el ictus y sus fases.</p> <p>Detalla el funcionamiento y beneficios de la plasticidad neuronal.</p> <p>Terapias y factores que afectan a la recuperación.</p>	<p>Cuestiona la eficacia de la rehabilitación temprana pero no explica por qué.</p> <p>Describe tratamientos, pero farmacológicos y médicos.</p> <p>No describe la intervención logopédica.</p>	Médico, <b>terapeuta del habla</b>	50%- Menciona que algunos resultados indican que es preferible realizar una intervención en la fase crónica pero que no es evidencia suficiente ni detalla las conclusiones.
Arias Cuadrado A. (2009)	1, 3, 4	Artículo	ACV, isquémico y hemorrágico. Alteraciones motoras y del lenguaje, apraxia, afasia, disfagia y disartria	<p>Contextualización del ACV, incidencia, prevalencia, mortalidad, secuelas y pronóstico.</p> <p>Instauración precoz del tratamiento.</p> <p>Plasticidad neuronal</p> <p>Escalas de valoración funcional según los déficits a evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Test de Boston</li> <li>-Test de despistaje de afasias de Friedrich</li> <li>-Token test</li> <li>-Batería Western</li> <li>-Hodkinson</li> <li>-Wais</li> </ul>	<p>Sesiones, duración y frecuencia no están reflejadas ni valoradas</p> <p>Desarrollo de las intervenciones muy escaso</p> <p>No concreta de forma detallada los resultados</p>	Neurólogo, médico rehabilitador, fisioterapeuta y <b>logopeda</b>	80%- Información detallada la rehabilitación temprana, así como los tipos de intervención según el profesional y la alteración a rehabilitar, pero falta información concreta de metodología de intervenciones y resultados.

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

				-Minimental test -GDS -AVD  Vertientes del lenguaje a evaluar  Factores influyentes en la evolución  Plan de tratamiento en función del periodo en el que se encuentre  Complicaciones y su tratamiento			
--	--	--	--	---	--	--	--

**GDS:** Escala de depresión geriátrica

**AVD:** Escala de la vida diaria

Tabla 2: estudios de casos clínicos.

AUTOR Y AÑO	FINALIDAD DE INVESTIGACIÓN	Nº DE PACIENTES Y EDAD	OBJETIVO	DIAGNÓSTICO	PRUEBAS DE EXPLORACIÓN		TRATAMIENTO		EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES AL ACABAR EL TRATAMIENTO	
					ESCALAS Y PRUEBAS	PARÁMETROS O VARIABLES DEL RESULTADO	SISTEMA Y COMO SE USA	DURACIÓN, SESIONES; TIEMPO DE SESIÓN Y SI ES EN GRUPO	EVOLUCIÓN INMEDIATA	EVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO
Mitchell, C et al. (2021)	Prevalencia de afasias y disartrias en pacientes con ACV hospitalizados, descripción de los pacientes y cálculo de la duración y sesiones que reciben en Inglaterra y norte de Irlanda.	Se centró en los 88.974 del total de admisiones: 149.560	2, 4	ACV, afasia disartria y disfagia	NIHSS  Tarea 9 de NIHSS  Tarea 10 de NIHSS	Niveles de conciencia, paresia, cognición, lenguaje, visión, control motor y pérdida sensorial.  Descripción de imágenes, leer oraciones y clasificarlas.  Evaluación de la disartria, con lectura, repetición y clasificación de palabras.	Cantidad de minutos totales de terapia recibida y nº total de días de terapia durante la hospitalización.  El 98% de los que necesitaban terapia la recibieron.  El 76% de los pacientes con afasia y el 71% de los pacientes con disartria requerían terapia del habla.	Pacientes con disartria 10' al día/ x días de estancia  Pacientes con afasia 11' al día  Pacientes con disartria solo 9' al día  Pacientes con disfagia 7' al día	Relación de una mayor edad, dependencia previa y comorbilidades cerebrovasculares con presentar más alteraciones.  64% presenta problemas de comunicación, el 41% afasia y el 52% disartria.  La estancia más larga en pacientes con afasia es de 21 días y	

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

									<p>aquellos con afasia o disartria sola (13-14 días).</p> <p>23% de los pacientes con alteraciones de la comunicación murieron, y en caso de no tener dichas alteraciones el 6%.</p> <p>64% de los hospitalizados, al 3º día presentó problemas de comunicación.</p>	
Claire Mitchell, C et al. (2017)	Análisis de la efectividad de las intervenciones en el habla disártrica post-ACV	5 ensayos con un total de 234 pacientes al azar entre 25 y 66 años	1, 4	ACV, disartria no progresiva después de ACV	Escalas de calificación de la percepción del oyente, con medida de resultado del tratamiento y medida de la efectividad de la	<p>Ámbito social, y psicológico previo.</p> <p>Deterioro de la comunicación y el habla.</p> <p>Inteligibilidad.</p> <p>Medidas acústicas y perceptivas de la voz.</p> <p>Actividad de</p>	<p>3 estudios realizaron el tratamiento en los primeros meses.</p> <p>Establecimiento de metas y objetivos.</p> <p>Modificación del ambiente y educación.</p>	<p>Trabajo grupal para un enfoque de participación o individual.</p> <p>Máximo 16 semanas de tratamiento con máximo 3 sesiones por semana.</p>	<p>Mejoría a corto plazo del control de la lengua y labios.</p>	<p>Entre los 3 y 9 meses después del tratamiento se observó efecto beneficioso .</p>

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

					comunica- ción	comunicación.  Calidad de vida	Ejercicios para potenciar, fuerza, velocidad y músculatura dañada, con ejercicios de movimientos oromotores y estimulación externa.  Uso de técnicas de compensación y formas alternativas o aumentativas.			
Balmase da Serrano R. et al. (2020)	Analizar la efectividad de la intervención integral durante 6 meses en pacientes con ictus.	42 pacientes con una media de edad de 56 años	4	Ictus isquémico y hemorrágico	Escala de coma de Glasgow  Escala canadiense  Escala Funcional Independen ce Measure and functional assessment t Measure	Estancia en la UCI  Signos de enclavamiento uncal  HT intracraneal  Volumen del hematoma/ área isquémica  Desplazamiento de la línea media  Necesidad de cirugía				Mejora en todas las áreas excepto en el control de esfínteres

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

						<p>Tiempo total de ingreso</p> <p>Alteraciones físicas y/o neuropsicológicas</p> <p>Limitación de algunos aspectos de la vida cotidiana</p>			
Brogan E. et al. (2020)	Análisis de dosis y frecuencia de sesiones del ensayo "Very Early Rehabilitation in speech" (VERSE), identificando los ingredientes clave de la intervención	246 pacientes	1, 2	ACV, afasia	WAB-AQ (sistema de puntuación), códigos Coding Word	<p>Grado de afasia</p> <p>Producción y autocorrección de errores</p> <p>Longitud media de expresión</p> <p>Emisiones verbales espontáneas</p> <p>Respuestas no verbales</p> <p>Porcentaje de errores corregidos</p> <p>Longitud media de emisiones</p> <p>Palabras totales</p> <p>Palabras/minuto</p>	<p>Atención habitual: para afasia y otras alteraciones del habla</p> <p>Visual care-plus: intervención directa de afasia, basada en limitaciones sociales y de comunicación</p> <p>Interv. VERSE: intensiva, temprana y dirigida, con jerarquía de indicaciones, trabaja la neuroplasticidad, se basa en : -Práctica masiva -Aprendizaje sin</p>	20 sesiones de 45-60 min	

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

							error -Complejidad de la tarea -Prominencia -Tareas funcionales interactivas			
Karthikeyan, S et al. (2018)	Indagar como la ubicación del ACV afecta a la recuperación	30 ratas macho de 3 meses de edad	4	ACV isquémico, alteración motora	Pruebas conductuales: quitar la escalera, la viga, la tira adhesiva de Montoya y la prueba del cilindro.  A las 10 semanas post-ictus, se secciona y analiza el cerebro para ver el volumen del infarto.  Pruebas de imagen como la resonancia.	Volumen de la lesión.  Ubicación de la lesión.  Pruebas conductuales usadas.  Edad		Durante 10 semanas en periodos de 3 semanas	A las 72 horas post-ictus la resonancia está mucho peor debido al edema e inflamación	Presentan más fallos en las patas traseras.  La mayor recuperación se dio entre las semanas 1 y 2 post-ictus, y se estabiliza entre la 4 y 6.  La ubicación de la lesión afecta al resultado funcional, siendo un factor predictor.
Priyanka	Analizar si la tDCS puede disminuir las	11 pacientes	1, 4	ACV, afasia	Batería de	La ralentización de	Sesiones de	6 sesiones		Aumento

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

P. Shah-Basak et al. (2020)	anomalías de MEG y mejorar la funcionalidad del lenguaje				la afasia occidental (WAB-AQ)  Prueba de nombres de Boston  Tarea de lectura de palabras retrasada  Tarea de repetición	la MEG se relaciona con la gravedad de la afasia.  Precisión de repetición  Cambios neurofisiológicos inducidos	estimulación con tDCS con un gorro de látex donde se marcan los puntos de estimulación para colocar los electrodos, realizando pruebas de evaluación y comparación antes y después de dichas sesiones	separadas de 20 minutos		de la precisión de repetición  Reversión en las las anomalías del MEG
Langhorne P, et al. (2020)	Evaluar la atención organizada en pacientes hospitalizados tras un ACV	29 ensayos de 5902 pacientes hasta los 75 años	1, 4	ACV		20 ensayos comparan la unidad de ACV con una sala general.  6 ensayos comparan los diferentes tipos de atención.			Unidad de ACV vs servicio alternativo, presenta un mal resultado final de 577/1000.  Unidad ACV vs sala de medicina general, con mal resultado de 549/1000.  Equipo móvil ACV vs sala de medicina interna, con mal resultado	Reducción de la posibilidad de un mal resultado, así como: índice de mortalidad, necesidad de atención institucional o dependencia menor en la unidad de ACV, duración de estancia hospitalaria entre 11-162 días

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

									de 712/1000	en unidades de ACV, presentando una modesta reducción.
									Sala de rehabilitación mixta vs medicina general, con mal resultado de 574/1000	
Laver, KE et al. (2020)	Análisis de la eficacia de telerehabilitación post ACV respecto a la rehabilitación personal o a la no rehabilitación	22 ensayos de 1937 pacientes entre 44 y 76 años	1, 4	ACV, alteraciones motoras y de la comunicación		Función física Independencia Calidad de vida Satisfacción del paciente	Basado en intervenciones que realizan: programas de apoyo para el alta, entrenamiento de extremidades superiores, inferiores y terapia de comunicación basados en combinación de llamadas y visitas a domicilio, almacenar y reenviar y sensores portátiles o monitoreo remoto.			Mejoras funcionales tras la rehabilitación, recuperación fisiológica, reorganización de la neuroplasticidad y compensación, con ventajas de accesibilidad y ahorro de costos.
Clark B, et al. (2021)	Evaluación de: efecto dedicado a la intervención tras	21 estudios de 1412 pacientes	2	ACV		Método de intervención	RHB de alteración en la movilidad de	30-60 minutos/día		Efecto positivo en la RHB de

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

	ACV,  diferencias en el tiempo dedicado,  programa de RHB en minutos/semana y frecuencia.					Repetición  Tiempo invertido	brazos, piernas, marcha y RHB general	90-1280 minutos/semana  3-7 días/semana  Duración: 2 semanas-6 meses		más tiempo para el funcionamiento motor y del miembro superior
Hazelton C, et al. (2022)	Evaluación de la intervención de trastornos perceptivos post ictus VS ausencia de intervención o control	18 ensayos de 541 pacientes, entre 18 y 65 años	1, 4	ACV, trastornos perceptivos: táctiles, somatosensoriales, de la percepción visual y mixtos	NIHSS  Evaluación sensorial revisada de Nottingham  Escala de lateropulsión de Burke  Escala de Pusher contraversivo  MVPT	Participación de las partes interesadas  Desarrollo de las actividades de la vida diaria  Actividades extendidas de la vida diaria, calidad de vida, socialización y salud mental.	Actividades basadas en la repetición de ejercicios o juegos para lograr control postural, discriminación de texturas, tareas perceptivas y aprendizaje de estrategias.  Entrenamiento del sentido de la presión, entrenamiento de neuroretroalimentación para el déficit visual, estimulación de corriente continua transcraneal y estimulación cerebral no	30-60 minutos al día  3-5 días/semana  2-4 semanas en total  Salvo en la estimulación cerebral no invasiva que se realiza 20 minutos al día durante 10 días		

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

							invasiva.			
Bath, PM et al.(2018)	Analizar los efectos de la RHB de la deglución en la muerte o dependencia en los 6 meses tras el ictus.	41 ensayos de un total de 2660 pacientes	1, 4	ACV, disfagia			<p>Acupuntura</p> <p>Intervenciones conductuales o logopédicas: -compensación: modificación de la consistencia en líquidos y alimentos, técnicas posturales, estrategias de deglución(supra-glótica) -RHB: fuerza muscular, entrenamiento de resistencia o habilidad, estimulación sensorial periférica</p> <p>Terapia farmacológica</p> <p>Estimulación eléctrica neuromuscular</p> <p>Estimulación eléctrica faríngea</p> <p>Estimulación</p>			Disminución del tiempo de hospitalización, disfagia e infecciones torácicas y recuperación de la deglución.

*Intervención logopédica en el momento agudo del Ictus*

							física			
							Estimulación transcraneal			

**tDCS:** estimulación de corriente continua transcraneal de alta definición

**MEG:** magnetoencefalografía

**RHB:** rehabilitación

**MVPT:** prueba de percepción visual libre moto

Siguiendo las tablas anteriores, se analizan los resultados según los objetivos planteados al principio y teniendo en cuenta las alteraciones tratadas en esta revisión:

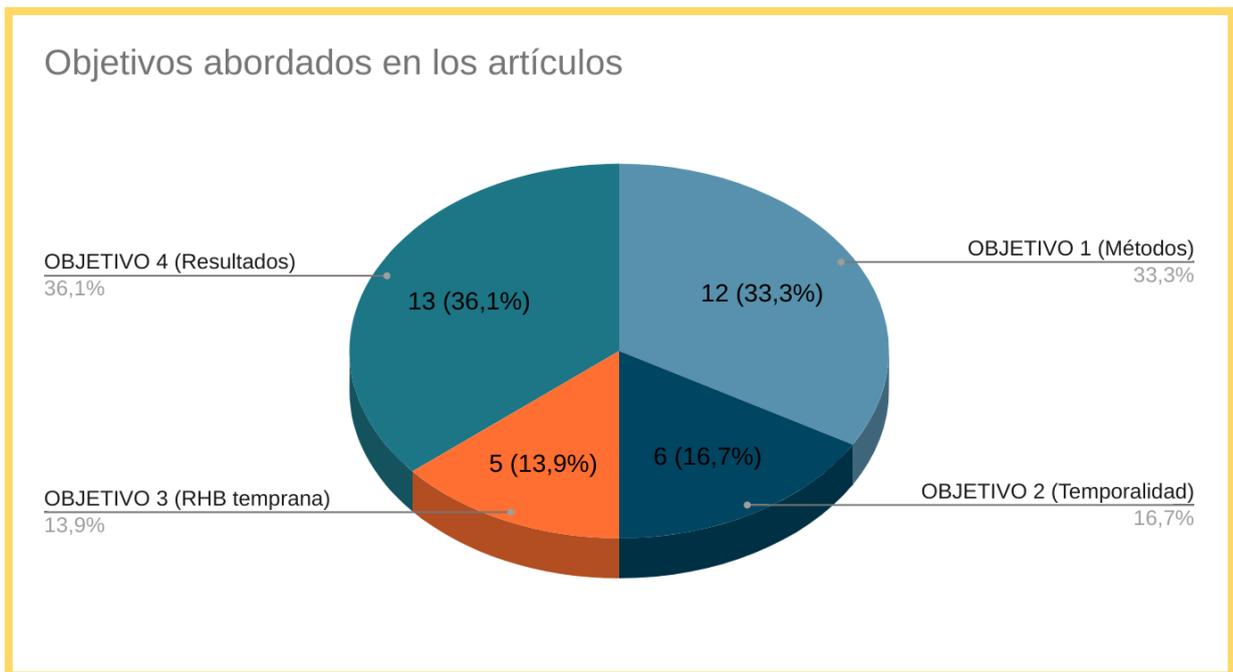
**Objetivo 1:** “Analizar los principales métodos usados para las intervenciones dependiendo de la alteración a tratar” sobre este objetivo tratan 12 de los 20 artículos seleccionados, pese a ser una cifra razonable solo la mitad de ellos describen las intervenciones de las que tratan con algo más de detalle aunque ninguno de ellos de la forma que se espera, y no todos especifican que sea una intervención propia del servicio de logopedia, pero sí discriminan dichos métodos en función de la alteración que abordan.

**Objetivo 2:** “Estudiar los tiempos aproximados de duración de las intervenciones” tan solo 6 de los 20 artículos tratan la duración del tratamiento, pero solo uno de ellos concreta los minutos de cada sesión, el número de sesiones a la semana y la duración total del tratamiento, aunque con una aproximación muy abierta. En ninguno de ellos mencionan la duración más eficaz de los tratamientos en función de las alteraciones dejando muy abierta la respuesta ya que carecen de datos suficientes o verificación fiable para confirmarlo.

**Objetivo 3:** “Tratar la importancia de una rehabilitación temprana” 5 de los 20 artículos abordan la importancia de realizar la intervención de la forma más temprana posible, sin embargo, o no especifican que sea una intervención del área de logopedia o lo mencionan por encima sin indagar, incluso uno de los artículos cuestiona la eficacia de que sea eficaz una intervención temprana

alegando la necesidad de que se asienten las alteraciones, pero siempre mencionando que es una conclusión sin base verídica y solo una mera suposición. Tan solo uno de los artículos desarrolla las razones por las que se debe realizar de forma temprana.

**Objetivo 4:** “Analizar resultados finales y conclusiones de dichas intervenciones” 13 de estos artículos presentan resultados de las intervenciones realizadas, pero 8 de ellos lo mencionan de forma muy escasa o nada concluyente, alegando falta de información o demasiados factores influyentes que impiden que el resultado sea verídico.



## DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica analiza artículos científicos para saber cómo afectan las mencionadas alteraciones en esta enfermedad, teniendo en cuenta la globalidad de dicha patología con los signos y síntomas que aparecen en consecuencia.

Dicho análisis basado en los siguientes objetivos: 1- Analizar los principales métodos usados para las intervenciones dependiendo de la alteración a tratar, 2- Estudiar los tiempos aproximados de duración de las intervenciones, 3- Tratar la importancia de una rehabilitación temprana, 4- Analizar resultados finales y conclusiones de dichas intervenciones, presenta unos resultados en su mayoría carentes de información eficaz dada la escasez de información o de datos inconclusos.

Como se ha mencionado con anterioridad, dichas alteraciones aparecen en los Accidentes cerebrovasculares, afectando principalmente a la población masculina, pero con la mortalidad más elevada en la femenina. Debido a esto y a las evidencias de su efectividad y evolución positiva, es imperativo realizar una evaluación y tratamiento precoz, aunque gracias a los artículos se puede ver que la realidad dista mucho de esta idea, ya que debido a la escasez de logopedas a nivel hospitalario y la ausencia de implantación de un plan de intervención logopédica referente a esa intervención temprana no hay registro de intervenciones logopédicas tempranas en el ictus.

Además, existen otro tipo de patologías, las cuales presentan alteraciones similares a las tratadas en esta revisión. Por este motivo entre otros se pretende conocer los métodos de intervención aplicadas a dichas alteraciones y cuáles son sus efectos, resultados y evolución en esta y en otras patologías.

En el caso de los artículos seleccionados, se ha encontrado variedad de tratamientos y evaluaciones: farmacológicas, médicas, de enfermería o de fisioterapia. En lo referente al tratamiento logopédico, ha resultado complicado encontrar un artículo que exponga de manera clara y específica la intervención como en el caso de enfermería o área médica, en el que incluso figuran las dosis de medicación en función de la evolución del paciente. Teniendo en cuenta esta dificultad, los resultados obtenidos han sido:

- Interconsultas a logopedia para una evaluación o tratamiento, pero solo en el caso de disfagia severa.

- Duración de sesiones entre 30-60 minutos al día, 2 días por semana, sin especificar la duración exacta del tratamiento debido a una falta de evidencias bien definidas y a los factores influyentes que rodean a cada paciente.
- Para el tratamiento de la deglución se recopilan una serie de maniobras facilitadoras y en qué caso deben aplicarse, así como una evaluación y pautas de adaptación.
- Mención de test de evaluación, métodos de exploración y sus limitaciones, dejando ver que no hay una escala o test concreto para cada alteración que sea cien por cien eficaz, ni una prueba que discrimine entre todas ellas.
- El resto de las intervenciones mencionadas como terapias de estimulación en el caso de la afasia o estrategias de deglución en el caso de la disfagia están mencionadas pero no detalladas, de la misma forma que sus resultados que siempre terminan con conclusiones abiertas.
- Pruebas de evaluación usadas:
  - ❖ Escala de coma de Glasgow, Escala canadiense y Escala Functional Independence Measure and functional assessment Measure a nivel de evaluación global de ACV.
  - ❖ NIHSS o WAB-AQ (sistema de puntuación), códigos Coding Word en el caso de la afasia
  - ❖ Evaluación sensorial revisada de Nottingham, Escala de lateropulsión de Burke, Escala de Pusher contraversivo, MVPT para la evaluación de trastornos perceptivos
  - ❖ Test de Boston, Test de despistaje de afasias de Friedrich, Token test, Batería Western, Hodkinson, WaisMinimental test, GDS, AVD para diferentes alteraciones del lenguaje como afasia, disartria y disfagia.

Los resultados de evaluación y tratamiento revelan la necesidad de una mayor investigación más exhaustiva que revele planes de actuación concretos.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas tras esta revisión son las siguientes:

- Más de la mitad de los 20 artículos seleccionados no especifican si el tratamiento del que hablan corresponde a logopedia o directamente hablan de intervenciones de otros profesionales como enfermeros o fisioterapeutas, dejando de lado la figura del logopeda.

- La disfagia es la alteración que presenta los tratamientos o métodos de intervención más desarrollados, sin embargo, en casi todos los artículos reflejan que el profesional que lo realiza es el enfermero.
- Ninguno de los artículos presentes habla de la figura del logopeda como profesional principal que realiza las intervenciones de dichas alteraciones, más bien en las pocas ocasiones que lo menciona, se refiere a él como si de un complemento de la terapia se tratase.
- Ninguno de los artículos presenta evidencias de rehabilitaciones logopédicas en el momento agudo del ictus, por lo que se deduce que, pese a que se sabe que hay indicios de mejoría con una rehabilitación temprana, no se ha registrado ninguna o no hay evidencias a nivel hospitalario en el momento agudo.
- En el caso de los artículos que han evaluado los resultados en función de si se han realizado o no las intervenciones logopédicas o de control, el resultado ha sido favorable, pero sin asociar dicha intervención al área logopédica.

Por último, mencionar que esta revisión muestra la necesidad que hay en la actualidad de investigaciones que den frutos y de planes de actuación que sean implantados de forma eficaz, dando así el valor, posición, medios y posibilidades que la profesión de Logopeda se merece.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Cuadrado A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin*; 70 (3): 25-40  
[https://scholar.google.es/scholar?q=Rehabilitacion+Del+ACV+Evaluacion+Pro+nostico+Tratamiento&hl=es&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.es/scholar?q=Rehabilitacion+Del+ACV+Evaluacion+Pro+nostico+Tratamiento&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
2. Balmaseda Serrano R et al. "Intervención integral en el ictus" *Rev Cubana Invest Bioméd.* 2020. Volume 39, Issue 2.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-0300202000020002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0300202000020002&lng=es&tlng=es)
3. Bath, PM et al. (2018). Tratamiento de la deglución para la disfagia en el accidente cerebrovascular agudo y subagudo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2018*, Número 10. Arte. No.: CD000323. doi: 10.1002/14651858.CD000323.pub3.
4. Berthier, M. L et al. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine.* 2011;10(74):5035-41. doi: 10.1016/S0304-5412(11)70049-X
5. Brogan E et al. "Una exploración de la dosis de terapia de afasia en los primeros seis meses de recuperación del accidente cerebrovascular" *Rehabilitación neuropsicológica.* 2020. Volumen 31, Número 8. Páginas 1254-1288. doi: 10.1080/09602011.2020.1776135
6. Claire Mitchell, C et al. (2017). Intervenciones para la disartria debida a accidente cerebrovascular y otras lesiones cerebrales no progresivas adquiridas en adultos. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, Número 1. Arte. No.: CD002088. doi: 10.1002/14651858.CD002088.
7. Clark, B et al. (2021). El efecto del tiempo dedicado a la rehabilitación sobre la limitación de la actividad y el deterioro después del accidente cerebrovascular (Revisión). *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2021*, Número 10. Arte. No.: CD012612. doi: 10.1002/14651858.CD012612.pub2.
8. Hazelton, C et al. (2022). Intervenciones para los trastornos de la percepción después de un accidente cerebrovascular. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2022*, Número 11. Arte. No.: CD007039. doi: 10.1002/14651858.CD007039.pub3.

9. Karthikeyan, Sudhir et al. "Caracterización de la recuperación motora espontánea después de un accidente cerebrovascular cortical y subcortical en la rata" *Neurorrehabilitación y reparación neural*. 2018. Volumen 33, número 1. doi: 10.1177/1545968318817823
10. Lago Martín, A et al. (2019). Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana.  
[https://www.san.gva.es/documents/153218/9795909/Plan\\_Ictus\\_2019\\_a\\_2023.pdf](https://www.san.gva.es/documents/153218/9795909/Plan_Ictus_2019_a_2023.pdf)
11. Langhorne, P et al. (2020). Atención hospitalaria organizada (unidad de ictus) para el ictus: metanálisis en red. *Base de Datos Cochrane Syst Rev*;4(4):CD000197. doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub4
12. Laver, KE et al. (2020). Servicios de telerehabilitación para el accidente cerebrovascular (revisión). *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, Número 1. Arte. No.: CD010255.  
doi:10.1002/14651858.CD010255.pub3.
13. MacDonald MW, et al. "Cognition in Stroke Rehabilitation and Recovery Research: Consensus-Based Core Recommendations from the Second Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable". *Neurorrehabilitación y reparación neural*. 2019. Volumen 33, número 11. doi: 10.1177/1545968319886444
14. Mitchell, C et al. (2021). Prevalencia de afasia y disartria entre los supervivientes de accidentes cerebrovasculares hospitalizados que describen la provisión de terapia poblacional y los resultados al alta. *Aphasiology*, 35:7, 950-960. doi: 10.1080/02687038.2020.1759772
15. Molina Gil, F. B et al. Disfagia y aspiración. Capítulo 120. IV. Laringe y patología cérvico-facial. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.  
<https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/120%20-%20DISFAGIA%20Y%20ASPIRACION.pdf>
16. Priyanka P. Shah-Basak et al. (2020). La estimulación transcraneal de corriente continua de alta definición modula la actividad neurofisiológica anormal en la afasia posterior al accidente cerebrovascular. *Scientific Reports* volumen 10, número de artículo: 19625.  
<https://www.nature.com/articles/s41598-020-76533-0>

17. Rohde A et al. (2018) Diagnóstico de afasia en poblaciones con accidente cerebrovascular: una revisión sistemática de las pruebas de lenguaje. PLOS ONE 13(3): e0194143. 2018. doi: 10.1371/journal.pone.0194143
18. Sanjuan E. et al.(2020). Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. Neurología 2:S0213-4853(20)30291-7. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.025>
19. Velasco, M et al. (2007) Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición clínica en medicina. Noviembre 2007 Vol. I - Número 3 pp. 174-202  
<https://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>
20. Zhao LR, Willing A. "Mejorar la capacidad endógena para reparar un cerebro dañado por un accidente cerebrovascular: un campo en evolución para la investigación del accidente cerebrovascular". Prog Neurobiol. 2018 Abril-Mayo;163-164:5-26. doi: 10.1016/j.pneurobio.2018.01.004.