



Funciones del logopeda en las Unidades de Ictus en España y su interrelación con otras disciplinas. Una revisión

Functions of the speech therapist in spanish Stroke Units and their interrelation with other disciplines. A review

AUTORES

- (1) Narcisca Pérez Naranjo
(ORCID: 0000-0002-3341-9495)
(2) Gustavo Sevilla Torrijos
(ORCID: 0009-0009-5691-5924)
- (3) Beatriz Oyanguren Rodeño
(ORCID: 0000-0001-5511-7589)
(4) Lucía Ramírez Pérez

FILIACIONES

- (1) Departamento de Psicología Experimental, Procesos cognitivos y Logopedia. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. MADRID, ESPAÑA.
(2) Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario 12 de octubre. MADRID, ESPAÑA.
(3) Servicio de Neurología. Coordinación Unidad de Ictus. Hospital Universitario de Torrejón. TORREJÓN DE ARDOZ, ESPAÑA.
(4) Facultad de Psicología. Universidad Complutense. MADRID, ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas procedentes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN, INVESTIGACIÓN, RECURSOS, VISUALIZACIÓN, REDACCIÓN DE BORRADOR, REDACCIÓN FINAL, REVISIÓN Y EDICIÓN DEL MANUSCRITO FINAL: N Pérez Naranjo, G Sevilla Torrijos, B Oyanguren Rodeño, L Ramírez Pérez.

CURACIÓN DE DATOS: N Pérez Naranjo, L Ramírez Pérez.

ANÁLISIS FORMAL: N Pérez Naranjo.

METODOLOGÍA: N Pérez Naranjo.

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO, SOFTWARE, SUPERVISIÓN, VALIDACIÓN: N Pérez Naranjo, G Sevilla Torrijos, B Oyanguren Rodeño.

CORRESPONDENCIA

Narcisca Pérez Naranjo nperanar@psi.ucm.es
Departamento de Psicología Experimental, procesos cognitivos y Logopedia. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus de Somosaguas. Ctra. de Húmera, s/n. CP 28223. Pozuelo de Alarcón. España.

CITA SUGERIDA

Pérez Naranjo N, Sevilla Torrijos G, Oyanguren Rodeño B, Ramírez Pérez L. Funciones del logopeda en las Unidades de Ictus en España y su interrelación con otras disciplinas. Una revisión. *Rev Esp Salud Pública*. 2025; 99: 1 de diciembre e202512079.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // Las Unidades de Ictus (UI) son espacios intrahospitalarios especializados en nuestro sistema de Salud Pública. Requieren especialización profesional multidisciplinar y una exhaustiva evaluación y tratamiento de los pacientes. El objetivo de este trabajo es describir la presencia y utilidad de la labor que realizan los logopedas dentro de las UI españolas y definir cuáles son sus funciones profesionales.

MÉTODOS // Se llevó a cabo una revisión bibliográfica narrativa no sistematizada sobre el papel profesional del logopeda en las UI en los últimos diez años. Se usaron los descriptores: *Ictus AND Logopedia; Unidad de Ictus AND Logopedia*. Se extrajeron un total de veintiocho trabajos. El método de síntesis y resumen de los datos fue integrativo-narrativo. Se compararon los resultados con guías internacionales de atención al ictus.

RESULTADOS // Se da una gran importancia a la rehabilitación del lenguaje intensiva, de calidad y temprana en la fase aguda del ictus. Existe suficiente consenso respecto a la aportación profesional de los logopedas en la intervención en el lenguaje/ comunicación, y la dislalia neurogénica asociada. Sin embargo, es preciso definir y actualizar sus competencias a nivel nacional, que varían según los centros y las provincias heterogéneamente.

CONCLUSIONES // En la mayoría de estudios consultados se tiene en cuenta la labor profesional de los logopedas en las UI, siendo su intervención favorable para la mejoría global del paciente. Se hace necesario referenciar los datos de su existencia en cada comunidad autónoma. En la comparativa internacional, estos profesionales ya se encuentran plenamente integrados en todas las UI.

PALABRAS CLAVE // Unidades de Ictus; Equipo multidisciplinar; Rehabilitación neurológica; Terapia logopédica; Patología del habla y del lenguaje; Funciones profesionales.

ABSTRACT

BACKGROUND // Stroke Units (SU) are specialized in-hospital spaces in our Public Health system. They require multidisciplinary professional specialization and an exhaustive evaluation and treatment of patients. The aim of this study was to describe the presence and usefulness of the work performed by speech therapists in Spanish SU and to define their professional functions.

METHODS // A non-systematized narrative literature review was carried out on the professional role of the speech therapist in the SUs in the last ten years. The descriptors used were: *stroke AND speech therapy; stroke unit AND speech therapy*. A total of twenty eight papers were extracted. The method of synthesis and summary of the data was integrative-narrative. The results were compared with international stroke care guidelines.

RESULTS // Great importance is given to intensive, quality and early language rehabilitation in the acute phase of stroke. There is sufficient consensus regarding the professional contribution of speech-language pathologists in language/communication intervention and associated neurogenic dysphagia. However, their competencies need to be defined and updated at the national level, which vary heterogeneously from center to center and province to province.

CONCLUSIONS // Most of the studies consulted take into account the professional work of speech therapists in the SU, their intervention being favorable for the overall improvement of the patient. It is necessary to refer the data in each autonomous community in Spain. In the international comparison, these professionals are already fully integrated in all the SUs.

KEYWORDS // Stroke Units; Multidisciplinary team; Neurological rehabilitation; Speech therapy; Speech-language pathology; Professional functions.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este estudio desean agradecer a todo el personal de la unidad de Neurología y Rehabilitación de la Unidad de Ictus del Hospital de Torrejón sus aportaciones teórico-prácticas y su conocimiento en la materia. Especialmente a los Drs. Gonzalez Salaices y Trinidad Quijada por la confianza mostrada en el trabajo de los logopedas y a todo el equipo multidisciplinar que lo hace posible. Gracias también a la revisión científica y aportaciones profesionales en el trabajo final a la Dra. Oyanguren Rodeño y al Dr. Sevilla Torrijos.

INTRODUCCIÓN

El ictus supone una urgencia neurológica, ya que ocurre de forma súbita y presenta un margen estrecho temporal de actuación médica para conseguir la máxima eficacia en la intervención y el menor grado de discapacidad asociado. La incidencia de esta patología es de alrededor de 200 casos por cada 100.000 personas al año (1). En términos generales, supone la segunda causa de mortalidad y, para la población femenina, la primera (1). Constituye la principal causa de hospitalización y discapacidad en un Servicio de Neurología (2). En los últimos años se está intentando mejorar a nivel internacional la organización del equipo sanitario encargado de atender en la fase aguda a estos pacientes, mediante protocolos y planes de actuación multidisciplinar. Así surge el *Plan Código Ictus* en España, donde se recoge un plan de actuación detallado de forma coordinada entre los profesionales que constituyen los Servicios de Emergencia, tanto fuera del hospital, como dentro de los servicios sanitarios a nivel nacional (2,3,4).

En Europa, los antecedentes se iniciaron en 1995, con la *Declaración de Helsingborg*, donde se recogió un nuevo plan de manejo del ictus, organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5). En ella, los países que conformaban el continente europeo se ajustaron a la norma de que todas las personas con ictus en fase aguda debían poseer un acceso a las

unidades de ictus (UI) o serían atendidas por un equipo especializado como derecho sanitario fundamental. El objetivo prioritario fue disminuir la mortalidad asociada al ictus vascular a menos del 40%, y el segundo objetivo secundario a éste, fue conseguir que el 70% de los pacientes supervivientes fueran independientes en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) tres meses después del inicio del ictus. Entendidas éstas, como las tareas cotidianas esenciales para que una persona pueda vivir de forma independiente e integrada en su entorno social. Se clasifican en tres tipos: básicas (autocuidado como comer y vestirse), instrumentales (tareas más complejas como cocinar y gestionar el dinero) y avanzadas (actividades de ocio y desarrollo personal como estudiar o integrarse en otros grupos sociales y o de desarrollo integral). Diez años después, estos principios fueron ratificados en una segunda reunión donde se consiguieron dichos hitos al considerar el ictus una de las primeras causas de emergencia médica a nivel mundial (5).

Las UI son unidades concretas destinadas a los cuidados agudos e intermedios de los ictus (6). Son espacios geográficamente definidos a nivel intrahospitalario con unas características esenciales: monitorización no invasiva de forma continua; enfermeras especializadas; presencia de un neurólogo de manera continuada durante cuarenta y ocho horas; coordinación de un neurólogo especializado en ictus; establecimiento de protocolos médicos y neu-

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

rológicos; existencia de técnicas diagnósticas especializadas; y un equipo multidisciplinar coordinado (1,4).

Equipos multidisciplinarios en las UI.

Las UI deben contar, obligatoriamente, con un neurólogo y personal de enfermería especializado en enfermedades cerebrovasculares (3). Según Pérez, Scherle y Roselló (7), la proporción correcta debería ser de un médico y un enfermero, cada cuatro pacientes, durante veinticuatro horas diarias. Además, debe haber un equipo multidisciplinar que de continuidad al tratamiento y que garantice todas las necesidades. La composición y el tamaño del equipo pueden variar en diferentes entornos, siendo las disciplinas básicas en la mayoría de las UI: Neurología y rehabilitación médica; Enfermería; Terapia ocupacional (TO); Fisioterapia; Logopedia; y Trabajo social; todos ellos, especializados en Neurología. El equipo médico debe estar compuesto por los siguientes especialistas (8,9):

- Cardiología: Tiene un papel crucial en la detección y manejo de ictus de origen cardíaco, así como en la prevención de futuros eventos de origen cardiovascular de repetición. Su función principal es identificar y tratar las enfermedades cardíacas causantes del ictus, como arritmias, valvulopatías, o infartos de miocardio previos. Además, contribuyen a la prevención secundaria mediante el control de factores de riesgo en cada sujeto.
- Neurología: Responsabilización, supervisión y decisión de estrategias médico-terapéuticas. Es la especialidad médica fundamental en las UI para llevar a cabo una atención protocolizada en los procesos diagnósticos y terapéuticos en fase aguda del ictus

en coordinación con el resto de profesionales (radiólogos, neurocirujanos, anestesia, neurorradiología intervencionista, UCI, rehabilitación, etc.), y la administración del tratamiento trombolítico endovenoso y/o terapia endovascular a los pacientes que lo precisen.

- Neurocirugía: Valoración de pacientes con ictus (fundamentalmente, de tipo hemorrágico) con criterio quirúrgico, en infarto maligno para intervenciones como craneotomías descompresivas, o en trombosis o aneurismas que puedan requerir cirugía para extraer coágulos, reparar vasos sanguíneos dañados o eliminar obstrucciones.
- Neuroradiología: Realización de TAC multiparamétrico en fase aguda, neuroimagen evolutiva (si es necesaria) y tratamiento neurointervencionista en centros de referencia.
- Cuidados Intensivos: El intensivista lidera el manejo de pacientes con ictus graves que requieren soporte vital avanzado y participa en la toma de decisiones en pacientes que precisen ventilación mecánica o monitorización invasiva, centrándose en la estabilización y manejo de complicaciones potencialmente mortales.
- Cirugía vascular: Valoración de pacientes que requieran revascularización carotídea y/o arterial.
- Rehabilitación médica: Valoración física y funcional del paciente y coordinación de todo el equipo de rehabilitación para devolver al paciente el mayor grado de capacidad funcional posible en su vida diaria a nivel cognitivo, físico y funcional.

- Neuropsicología: Evaluación, estudio e intervención del daño cerebral y su repercusión cognitiva, emocional y funcional en las funciones mentales superiores, como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas para conseguir reorganizar o compensar los déficits que puedan surgir.
- Enfermería: Seguimiento, monitorización, realización de cuidados intensivos, farmacológicos y de enfermería en coordinación con Neurología. Es un profesional clave en la atención integral del paciente, desde la fase aguda hasta la rehabilitación, trabajando para mejorar la calidad de vida y promover la recuperación del paciente durante su ingreso y seguimiento hospitalario.
- Fisioterapia: Terapia neuromotora física y manual de los pacientes (posicionamiento, movilidad, transferencias, deambulación, motricidad gruesa y fina, etc...).
- Logopedia: Evaluación e intervención en la deglución y las alteraciones de la voz, el lenguaje y las habilidades comunicativas expresivas y comprensivas en su entorno habitual.
- Terapia ocupacional: Entrenamiento y valoración de habilidades de la vida diaria, actividades ocupacionales y tratamiento activo del miembro superior.
- Otros: Grupo de especialistas que no se requieren a diario, pero deben estar disponibles en determinados casos para favorecer la recuperación de las personas tras el ictus, hematología, medicina interna, endocrinología, psiquiatría, nutrición y dietética.

Con la estabilización clínica neurológica posterior al ictus, se realiza una evaluación pormenorizada por parte del equipo de rehabilitación, detectando los déficits provocados (físicos, cognitivos, funcionales, de lenguaje, emocionales, etc...) para poder planificar un adecuado plan terapéutico (10). La rehabilitación consistirá, en general, en el reaprendizaje y adaptación de las habilidades perdidas por la lesión o su compensación por otras nuevas (11).

Alteraciones posteriores a un ictus que precisan intervención en el ámbito de la logopedia. Desde las primeras horas, el paciente y sus familiares deben recibir el apoyo y la ayuda dentro del equipo de Rehabilitación, por parte de los logopedas, informando de cómo facilitar la comunicación y de cuáles son las técnicas de comunicación y/o deglutorias apropiadas para abordar mejor sus déficits (2). Es en esta fase postaguda, donde se debe comenzar la estimulación cognitiva comunicativa y/o deglutoria. El logopeda precisa dar pautas tanto a la familia como al personal sanitario, para que la comunicación con el paciente sea lo más eficaz posible, implantando un Sistema Alternativo de Comunicación (SAAC) si fuese necesario (37,38).

Ante la sospecha de una alteración en la deglución, está indicada la valoración por parte de un logopeda u otro personal sanitario entrenado para ello (grado de evidencia IIA) en las primeras cuatro horas del ingreso, al ser de vital importancia la vía y forma de administración de comida/fluidos/medicación, para evitar el riesgo de una aspiración (12). Ante la estabilidad clínica, tras la valoración inicial, se debe comenzar la terapia tanto comunicativa como deglutoria, en las primeras cuarenta y

ocho-setenta y dos horas (13), con unos objetivos iniciales que posteriormente se irán modificando según la evolución de la lesión/paciente y sobre todo, con los deseos, posibilidades y expectativas que presenten él y sus familiares (10,11,14).

En la revisión de la *Guía Cochrane* de 2018 se recomienda el tratamiento deglutorio posterior, ya que reduce la duración de la estancia hospitalaria y, aunque a veces no disminuya el número de aspiraciones radiológicas, se observa una disminución de la incidencia de infecciones respiratorias sucesivas (15). No obstante, es necesario puntualizar que las características de los estudios analizados son bastante heterogéneas y con escaso número de pacientes con respecto al consenso adquirido por dichas intervenciones.

Posteriormente, comienza la fase subaguda (tres primeros meses hasta el primer año aproximadamente), donde dicha labor se centra en la mejora de la funcionalidad de cada persona. Es en esta fase cuando se debe trabajar de la forma más intensiva posible, recomendándose en algunas guías al menos unos cuarenta y cinco minutos al día (15).

Por último, la fase de atención logopédica a largo plazo o crónica (a partir del primer año), donde se va a dirigir la terapia hacia otras actividades que le vayan a proporcionar a la persona una mayor autonomía para su nueva vida tanto en aspectos relacionados con la alimentación, como en los del lenguaje y la comunicación (15).

A la familia también se le dan instrucciones para la reestructuración de la nueva situación y pautas de apoyo, así como indicaciones al paciente, ayu-

das domiciliarias necesarias, trámites y ayudas a la dependencia, etc. El objetivo que se pretende a largo plazo con dichos usuarios es que consigan la máxima independencia posible, y la mayor reintegración en su entorno, tanto familiar como social, y si es posible, laboral y de ocio, con las adaptaciones o apoyos necesarios (16).

Mediante la presente revisión se pretende analizar y describir la labor que realizan los logopedas dentro de las UI y comprobar si en la revisión bibliográfica realizada se menciona este trabajo en España. En segundo lugar, si en la bibliografía consultada se definen dichas funciones profesionales. Por último, se han revisado las guías de recomendación internacionales en varios países además de en España, para ver cómo definen dicha atención profesional, y si existen diferencias respecto a las nuestras.

MATERIAL Y MÉTODOS



Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva integrativa-narrativa no sistematizada siguiendo los pasos de Manterola et al. (2023) (17) para dar respuesta a un problema clínico, combinando los resultados de estudios cuantitativos y cualitativos con la finalidad de proporcionar una visión general sobre el papel profesional del logopeda en las UI de España en los últimos diez años durante los meses de enero a junio de 2024. Dicha revisión integrativa tiene el potencial de captar la complejidad de diversas perspectivas y fenómenos emergentes que cambian y evolucionan en distintos tiempos, con las limitaciones propias introducidas en la selección de los estudios empleados junto con la heterogeneidad existente en el tamaño del efecto (18). Los investigadores realiza-

ron una revisión integrativa y de síntesis de la literatura no sistematizada, siguiendo las etapas propuestas para la elaboración de dichas revisiones (19):

1. Elaboración de la pregunta orientadora.
2. Búsqueda o muestreo de la literatura.
3. Recolección de datos.
4. Análisis crítico de los estudios incluidos y comparativa con guías de rehabilitación de ictus internacionales.
5. Discusión de los resultados.
6. Presentación de la revisión integradora (17,18).

El diseño del trabajo se basó en las pautas y orientaciones de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses Protocols PRISMA-P* (18,19,20). La elaboración de la revisión se basó en la pregunta PICO "¿cuál/es son la/s función/es profesional/es que realizan los logopedas (I) en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) (P) en las IU en España y cuál es la mejoría esperable en dichos pacientes (O) vs aquellas IU donde no trabajan los logopedas (C)?" La revisión se basó en la búsqueda de estudios publicados en las bases de datos *Google Scholar*, *Dialnet*, *ScienceDirect*, *SciELO* y *PubMed* en lengua española principalmente. Inicialmente se utilizaron los motores de búsqueda de los descriptores: *Ictus AND Logopedia*, *Unidad de Ictus AND Logopedia*. De ellos, los dos primeros pertenecen al DeCS (Descriptores en ciencias de la salud en castellano) recomendados por diversas sociedades científicas, médicas o bio-sanitarias como BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Informa-

ción en Ciencias de la Salud), perteneciente a la OMS. La combinación entre descriptores se realizó con el operador booleano *AND*.

En criterios de inclusión, se utilizaron los estudios cualitativos y cuantitativos publicados durante los últimos diez años (hasta diciembre de 2024), que reportaban la experiencia y/o investigaban la administración de la terapia logopédica hospitalaria junto a otras en las UI españolas y/o intervención logopédica en la fase aguda del ictus. Podían incluir revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios de caso único o serie de casos estudios de cohorte, ensayo clínico sin asignación aleatoria y aleatorizados de cualquier disciplina integrante. La finalidad era buscar evidencia sobre su trabajo en dichas unidades únicamente en España.

Como criterios de exclusión se consideraron:

- a) Trabajos no relacionados con el objetivo y pregunta de investigación.
- b) Inclusión de otras condiciones o patologías relacionadas con alteraciones cognitivas y/o lingüísticas como traumatismo craneoencefálico, demencias, Parkinson, enfermedades neurodegenerativas, etc...
- c) Trabajos duplicados o con información irrelevante.
- d) Escritos en idiomas diferentes a los señalados.
- e) Trabajos enmarcados en otras disciplinas como Fisioterapia o Terapia Ocupacional en las UI y que no explicaban la función profesional del logopeda.

f) Trabajos que no describían expresamente la función profesional que realiza el logopeda en las UI o no la contemplaban dentro del equipo de atención integral al ictus.

En una segunda fase de búsqueda de información, se amplió el trabajo inicial con las guías de consenso internacionales multidisciplinares sobre el papel profesional del logopeda en las unidades de ictus en otros países. Se añadieron diferentes palabras en inglés a la búsqueda realizada inicialmente en español. En concreto se consultaron los resultados obtenidos con los términos: *Clinical guidelines AND Stroke AND Speech and language therapy*. Asimismo, se buscó en las guías de recomendación internacionales de Asociaciones de atención al Ictus. Finalmente, se seleccionaron dichas guías actualizadas en España, Europa, EE.UU, Inglaterra y Australia que definieran dicho desempeño para establecer la comparativa nacional. Dicha búsqueda posterior se realizó entre septiembre y noviembre de 2024, en colaboración con profesionales de otras disciplinas: Rehabilitación Médica y Neurología para ampliar el consenso en las guías de recomendación multidisciplinares vigentes y realizar la segunda selección de estudios.

RESULTADOS



Se utilizaron descripciones textuales, tabulación y análisis temático para categorizar los hallazgos de manera comparativa cualitativamente, para explorar las relaciones entre los estudios seleccionando un total de veintiocho artículos finales para hacer la revisión de la bibliografía en las UI en España. Con posterioridad se hizo la comparativa internacional en la **TABLA 1**. Se incluyeron un total

de sesenta y siete artículos, que consistían en revisiones, guías de actuación profesional en las UI de Neurología y Rehabilitación, estudios prospectivos longitudinales, estudios descriptivos-observacionales, ensayos controlados aleatorizados, estudios experimentales, tesis, trabajos de fin de máster y trabajos de fin de grado en enfermería, logopedia, neurología y medicina rehabilitadora. Ver los resultados obtenidos en la presente revisión, sintetizados en **[FIGURA 1]**, siguiendo la metodología *PRISMA 2020* (21). Se clasificaron posteriormente según el sistema *GRADE* del nivel de evidencia de estudios, siendo éste inicialmente bajo o alto según el grado de experimentalidad alcanzado (22).

Las Unidades de Ictus, importancia y aportaciones del Logopeda en la Neurorrehabilitación. El ingreso de los pacientes con ictus agudo en las UI aporta beneficios ampliamente demostrados, tanto en la disminución de la morbilidad y mortalidad asociadas al ictus, como en independencia funcional, contando con un nivel de evidencia I (grado de recomendación A) en base a estudios aleatorizados y estudios de metanálisis (4). Esto es debido, tanto a la administración de trombólisis intravenosa, como a la vigilancia y tratamiento precoz de las complicaciones agudas neurológicas (recurrencia de ictus, edema, crisis epilépticas) y médicas (la hipertensión, las infecciones o las arritmias), junto a la aplicación precoz de programas de rehabilitación integral. Todo ello es posible gracias a equipos multidisciplinares formados por neurólogos, enfermeros, rehabilitadores, logopedas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales con conocimientos y experiencia específicos en ictus (14).

Tabla 1
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores		Menciona el papel del logopeda en la UI	Función del logopeda	Disciplina a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
1	Duarte et al. (2011) ⁽³⁸⁾	SÍ	SÍ	SERMEF Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación.	Lenguaje.	Recogen todos los niveles de evidencia. Logopedia. Nivel de evidencia C (bajo) en neurorehabilitación.	- Realizan un metanálisis de los principales estudios que recogen los protocolos de rehabilitación asistenciales en las UI en España. - Todos los pacientes que tras un ACV presentan alteraciones de lenguaje deben ser tratados por un logopeda con métodos válidos y fiables (no especificados).
2	Ferrer Arnedo CF (2014) ⁽³⁹⁾	SÍ	NO	Enfermería Proyecto Hospital de Guadarrama.	-	Nivel de evidencia medio.	- Proyecto en el Hospital de Guadarrama (Madrid) de atención multidisciplinar en fase aguda y postaguda de ictus en unidad de media estancia. - Equipo multidisciplinar liderado por Enfermería y Medicina rehabilitadora, el logopeda trabaja junto al fisioterapeuta y T.O. realiza la intervención en su campo profesional.
3	Aguirrezabal Juaristi A, Escalada Recto F (2015) ⁽⁴⁰⁾	SÍ	NO	Tesis Doctoral de Medicina Interna.	Comunicación (en ataxias y disartrias).	Nivel A de evidencia.	- Investigación con 74 participantes en las que evalúan el grado de satisfacción con la información, atención y recomendaciones en una UI realizadas por el servicio de Rehabilitación con una escala test retest (<i>Escala de satisfacción de Pound</i>). - En general hallan que el pronóstico de los pacientes mejora con la educación de los familiares implicados por parte del equipo de rehabilitación.
4	Sánchez JC, Martín IJ (2015) ⁽⁴¹⁾	SÍ	SÍ	Manual de Neurología de atención al ictus.	Lenguaje, voz, comunicación, audición, deglución.	Nivel A y B de evidencia.	- Realizan una revisión actual sobre el diagnóstico y tratamiento médico, y nuevas terapias en la intervención en las personas tras el ictus. - Cuentan con el profesional logopeda para la evaluación, diagnóstico y rehabilitación de las alteraciones del lenguaje, la voz, el habla, la comunicación, la audición y la deglución.

Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores	Menciona el papel del logopeda en la UI	Función del logopeda	Disciplina a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia de GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
5 Prieto Pellitero P y Paz M (2015) ⁽⁴²⁾	SÍ	SÍ	Tesis de Enfermería UVA (Universidad de Valladolid).	Comunicación, lenguaje, voz, audición, disfagia.	Nivel de evidencia C y D.	- Realizan una revisión de los principales protocolos de Enfermería en las UI de Castilla y León. - Especifican y explican detalladamente las funciones profesionales de los logopedas : - Evaluación y rehabilitación de las alteraciones de la comunicación, el lenguaje, del habla, voz y audición. - Evaluación y reeducación de las alteraciones del lenguaje escrito. - Rehabilitación orofacial y miofuncional. - Evaluación, intervención y entrenamiento en alimentación. Adaptación en pacientes que presentan disfagia. Protocolo específico de evaluación consistencia volumen-viscosidad MEC-CY⁽⁴⁰⁾ en ésta disciplina en las UI.
6 Bestué Cardiel M et al. (2016) ⁽⁴³⁾	SÍ	NO	Neurología. Gestión por procesos.	Estrategia de implantación de UI con equipos multidisciplinarios en Aragón.	Nivel de evidencia A.	- Evalúan la implantación de un sistema de calidad basado en la gestión por procesos y protocolos hospitalarios en la atención de las UI de Aragón durante seis años. - Un predictor de calidad en la UI es el establecimiento de un equipo multidisciplinar con logopedas. Se observa con la presencia de dichos profesionales un significativo descenso de las neumonías por aspiración.
7 Vázquez Guimaraens M (2017) ⁽³⁶⁾	SÍ	SÍ	Tesis de Medicina Física y Rehabilitación.	Lenguaje, praxias bucolingüofaciales, deglución.	Nivel de evidencia A.	- Se observa una mejora de la función respiratoria y deglutoria (en la UI) en el estudio que observa evolución de pacientes que pasan por programa de neurorrehabilitación hospitalaria. - Lenguaje oral y escrito. Emisión y comprensión. - Tratar las diversas alteraciones prácticas bucolingüofaciales. - Desórdenes disfuncionales que influyen en los trastornos de la deglución.

Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores		Menciona el papel del logopeda en la UI	Función del logopeda a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
8	Bravo Peixoto C (2018) ⁽³⁴⁾	N0	N0	TFG de Medicina. Neurología. Universidad Santiago de Compostela.	Nivel C de evidencia.	- Sólo incluye el tratamiento neurológico trombolítico endovenoso y endovascular. - No menciona el papel del logopeda ni del equipo de rehabilitación.
9	Moreno MJ et al. (2018) ⁽³⁵⁾	Sí	N0	Artículo de revista de Gestión y evaluación costosanitaria.	Nivel A de evidencia.	- Realizan un estudio de la eficacia de la implantación de un protocolo asistencial del equipo multidisciplinar en una UI con 794 pacientes con inicio de rehabilitación precoz. - En los tres años de duración del estudio, se redujo un 26% de la mortalidad asociada a los pacientes procedentes de dicha UI. - La figura profesional del logopeda es necesaria dentro de la UI en el equipo multidisciplinar.
10	Sánchez Tarifa MP (2018) ⁽³⁶⁾	Sí	Sí	Medicina Física y Rehabilitación.		- Describen las funciones del logopeda como mantener eficazmente la función respiratoria y deglutoria mediante técnicas de movilización pasivas, cambios posturales, técnicas de facilitación neuromuscular, de incremento sensorial, reeducación del equilibrio en sedestación, ejercicios respiratorios y praxias bucolingofaciales. (tratamiento recibido en la Unidad de Ictus).
11	Amador García A, Tortosa Magriñà C (2018) ⁽⁴⁶⁾	Sí	Sí	Revisión de Enfermería.	Nivel de evidencia C y D.	- Metarevisión en Enfermería de los tratamientos y protocolos asistenciales necesarios para la atención al ictus en fase postaguda - El 13% de artículos consultados menciona la importancia de la logopedia durante este proceso. Logopeda como especialista en alteraciones postictales en el lenguaje y que realiza ejercicios destinados a la mejora de la comunicación, ya sea oral o escrita.

Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores		Menciona el papel del logopeda en la UI	Función del logopeda a la que pertenece el estudio	Disciplina	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
12	Lago Martín A et al. (2019)(48)	SÍ	NO	Sociedad Valenciana Neurología.	Intervención en afasias y trastornos de la comunicación.	Nivel B de evidencia	- Menciona y valora la intervención logopédica que debe ser lo más temprana posible pero no específica ni tratamientos ni escalas concretas de Logopedia, solo de Enfermería o Medicina. Importancia de la intensidad en la rehabilitación en fase aguda.
13	Murciego Rubio P y García Atarés N (2019)(47)	SÍ	SÍ	Logopedia.	Dificultades de Logopedia: alteraciones en la deglución; problemas de comunicación, de habla, de voz y parálisis facial.	Nivel A de evidencia.	- Estudio sobre las necesidades de atención en Logopedia en los pacientes con alteraciones neurológicas y DCA del hospital de media estancia Benito Menni de Valladolid. Incide en las necesidades de: - Tratamiento de los trastornos del habla y del lenguaje. - Abordaje problemas deglución. - Evaluación y rehabilitación de la disfagia, disfonía, disartria, afasias, trastornos pragmáticos de la comunicación. - Colaboración con los programas de estimulación multisensoriales con TO y Neuropsicología. - Implantación y entrenamiento en el uso de sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación.
14	De Leciñana M et al. (2014)(56)	NO	NO	Neurología.	-	Nivel A.	- Existe evidencia tipo A de la necesidad de realizar un programa de neurorrehabilitación con inicio en la UI para mejorar el pronóstico de los pacientes.

Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores	Menciona el papel del logopeda en la UI	Función del logopeda a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus		
15	Oyanguren Rodeño B <i>et al.</i> (2016) ⁽¹²⁾	Sí	Sí	Manual de Neurología de atención al ictus.	Deglución, lenguaje y comunicación.	Nivel medio B o C.	- El logopeda es el responsable en las UI, dentro del equipo multidisciplinar, de la evaluación y tratamiento de los problemas relacionados con la comunicación. Tratar alteraciones del habla, lectura, escritura, comprensión de palabras. Implementar el uso de Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación. - Asesorar y educar al entorno del paciente. - Tratamiento de la disfagia neurogénica mediante la adaptación de la dieta, la modificación de la consistencia de los líquidos y las maniobras posturales y de rehabilitación.
16	Murie-Fernández M y Laxe S (2020) ⁽⁵⁷⁾	Sí	NO	Medicina Rehabilitadora y Neurología.	-	Nivel medio	- El trabajo del logopeda se enmarca dentro de la atención al paciente con ictus en neurorrehabilitación. - Incide más que en la importancia de cada disciplina en la intervención, en el inicio precoz del tratamiento y su intensidad y duración adecuadas porque suponen mayor recuperación funcional y menores mortalidad, tasa de institucionalización y estancia hospitalaria asociadas.
17	San Juan E <i>et al.</i> (2020) ⁽⁵⁰⁾	Sí	Sí	Enfermería.	Test de cribado disfagia. Intervención en dicha alteración.	Nivel B de evidencia.	- Abordaje problemas deglución en la UI, recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermería. Test de cribado realizado en logopedia menos de veinticuatro horas de ingreso en la UI previo a la ingesta oral y/o de medicamentos. Colaboración del logopeda en equipos multidisciplinares en coordinación con Enfermería.

Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Tabla 1 (continuación)					
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.					
Autores	Menciona el papel del logopeda en la UI	Disciplina a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
Dehesa Medina MC, Pérez Viqueira M (2020) (49)	Sí	Sí	Trabajo Social.	Cuadernos FEDACE. Importancia de establecer Proyectos de Lenguaje C, D y Comunicación en personas con DCA.	- Establecimiento de buenas prácticas en Logopedia en el manejo de personas con DCA con independencia de la causalidad en el ámbito clínico, hospitalario y sociosanitario. El logopeda debe tener formación específica y especialización en Neurología. - Logopeda debe coordinarse con familia y otros profesionales (neuropsicólogo, fisioterapeuta, TO, Enfermería) cuando existen dificultades comunicativas para ofrecer programas y entrenamiento en el entorno más cercano, tanto individuales como grupales. - Abordaje logopédico en entornos cotidianos y ecológicos con la persona y sus allegados: supermercados, centros de salud, restaurantes... Favorecer la comunicación efectiva en situaciones de la vida real. - Realizar actividades adaptadas de forma individualizada a la persona con ictus y dificultades para el habla, lenguaje y comunicación según sus gustos, intereses, edad y necesidades.
Acebrón y Valverde (2023) (50)	Sí	NO	Neurología.	Estudio SEGUICTUS. Manejo y seguimiento en Neurología del paciente postictus nacional.	- A nivel nacional se inicia el tratamiento rehabilitador y en Logopedia durante el ingreso hospitalario en mayor medida en hospitales provinciales, que en comarcales o terciarios donde es necesario mejorar dicha asistencia terapéutica - Se establecen los antecedentes para crear protocolos de atención al ictus a nivel nacional en un estudio multicéntrico mediante cuestionario en Neurología. Evalúa la efectividad, coste y beneficios de la implantación de las UI a nivel hospitalario en todas las provincias. Realiza un seguimiento y evaluación de la implantación de dichos programas.

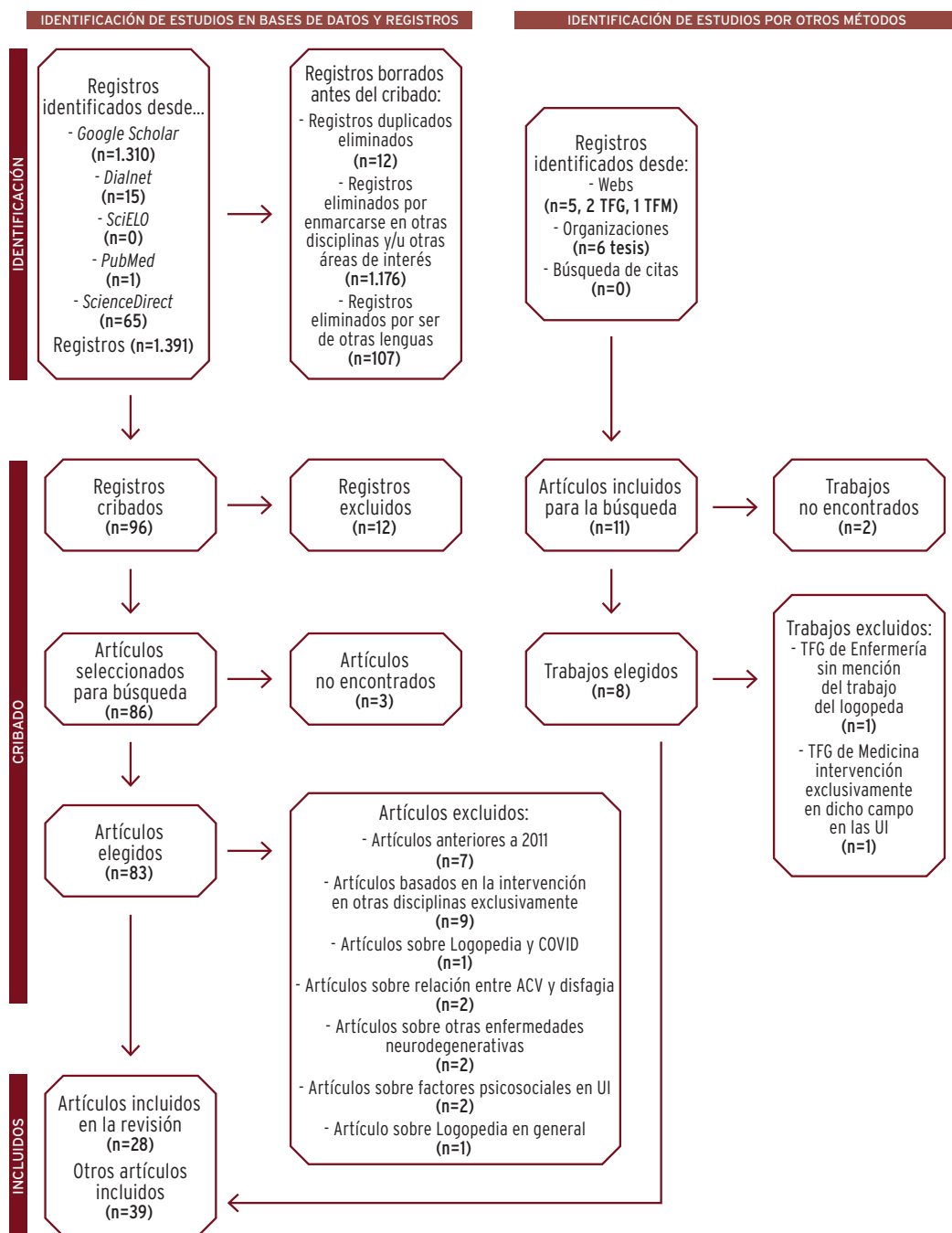
Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores		Menciona el papel del logopeda en la UI	Disciplina a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
20	González Flores P (2023) ⁽⁵²⁾	Sí	Sí	Logopedia.	Nivel C y D	- Realiza una metarevisión sobre la intervención logopédica en el momento agudo del ictus. Más de la mitad de los veinte artículos seleccionados no especifican si el tratamiento del que hablan corresponde a Logopedia u otros profesionales. - La disfagia es la alteración que más se describe en los tratamientos o métodos de intervención más desarrollados en Logopedia. - Ninguno de los artículos presenta evidencias de rehabilitaciones logopédicas en el momento agudo del ictus con estudios experimentales y/o datos de sujetos.
21	Ballesteros Pomar MD y Palazuelo Ameiz L (2017) ⁽⁴⁵⁾	Sí	Sí	Endocrinología y Logopedia.	Nivel de evidencia C y D.	- Los trastornos deglutorios asociados a ictus suponen un 33%-50% sobre el total de ingresos - Especifica las funciones profesionales del logopeda en la realización del cribado de disfagia y en la aplicación de estrategias posturales y compensatorias y técnicas de deglución eficaz en disfasias neurogénicas postictus a implantar desde la fase aguda en la rehabilitación hospitalaria logopédica.
22	Rigual, Fuentes y Díez-Tejedor (2023) ⁽⁵³⁾	Sí	NO	Neurología.	Nivel de evidencia C y D.	- Revisión en Neurología sobre evidencias de metodología intervencionista en las UI. - Indican la necesidad de inicio de tratamiento rehabilitador en Fisioterapia, Terapia ocupacional, Logopedia y Terapia cognitiva a las veinticuatro-cuarenta y ocho horas tras el ictus.

Tabla 1 (continuación)
Resultados de los artículos. Función principal del logopeda dentro de las UI españolas.

Autores	Menciona el papel del logopeda en la UI	Función del logopeda a la que pertenece el estudio	Disciplina a la que pertenece el estudio	Función/es rehabilitadoras del logopeda con el paciente con ictus	Nivel de Evidencia GRADE	Descripción/función del logopeda en el paciente con ictus
23 Noé E (2023) (14)	Sí	Sí	Neurología y Medicina Física y Rehabilitación.	Recomendaciones de la sociedad Española de la Neurorehabilitación en Logopedia para las personas con ictus en fase aguda y postaguda.	Nivel de evidencia A, B, C y D	- Estudio de metanálisis en neurorrehabilitación de las evidencias obtenidas en intervención en la fase aguda del ictus. - Fase aguda. Dada la potencial gravedad y complejidad de la discapacidad resultante tras un ictus y la creciente evidencia de la eficacia de la rehabilitación, se recomienda que todos los pacientes que hayan sufrido una hemorragia cerebral tengan acceso a rehabilitación multidisciplinaria. Nivel de evidencia alto. - Con respecto a la función del logopeda, le considera fundamental, en concreto, en la valoración e intervención formal de las afasias. Debe tener herramientas válidas y reproducibles que incluyan: comprensión; expresión oral; lectura; escritura; voz; y nivel comunicativo. Nivel de evidencia bajo. - Recomiendan actualmente al menos cuarenta y cincosenta minutos de cada modalidad de terapia específica (Logopedia, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Neuropsicología, etc...) que el paciente precise en función de sus necesidades (habitualmente tres horas/día). Con una frecuencia que les permita alcanzar sus objetivos de rehabilitación (habitualmente cinco días por semana). Si se necesita más rehabilitación en fases postagudas, se debe adaptar la intensidad a las necesidades de la persona en cada momento. - El logopeda es el responsable de la valoración e intervención en los distintos procesos psicolingüísticos expresivos y comprensivos.

Figura 1
Flujograma de los artículos evaluados.



Por otro lado, también han demostrado un beneficio económico, ya que reducen el tiempo de ingreso hospitalario de los pacientes con ictus agudo e incrementa su supervivencia, disminuyendo la necesidad de institucionalización (23).

Concretamente el beneficio de la Logopedia (deglución, comunicación y lenguaje), se ratifica de forma parcial en revisiones internacionales recientes como la realizada por la *Guía Cochrane* (24), donde se investiga acerca de los beneficios de la terapia de lenguaje y comunicación con muestras controladas de personas con afasia producida por ictus en la etapa aguda y postaguda. O el proyecto *RELEASE* (25,26) que demuestra el beneficio de la intervención por parte de dichos profesionales. Para ello, incluyeron ensayos controlados aleatorizados que comparaban la intervención logopédica (formal) versus ningún tipo de intervención; apoyo social o estimulación inespecífica (intervención que proporciona apoyo social y estimulación de la comunicación, sin intervención terapéutica guiada) versus cualquier tipo de intervención terapéutica logopédica. La evidencia proporciona pruebas de la eficacia de la terapia logopédica formal y regulada para las personas con afasia después de un ictus en mejora de la comunicación funcional, la lectura, la escritura y el lenguaje expresivo en comparación con la ausencia de terapia (26). También proporciona algunos indicios de que la terapia de alta intensidad, con altas dosis o durante un período más largo, puede ser beneficiosa. Dicha intervención de alta intensidad puede no ser aceptable para todos los pacientes por su necesidad de tiempo e implicación en la misma y es controvertida acerca de su efectividad (27).

Disfagia neurógena y terapia logopédica. Otro pilar fundamental de intervención se encontraría directamente relacionado con la alta prevalencia en las UI de la disfagia neurógena. Ésta debería ser tratada de una manera integral en un equipo multidisciplinar según las guías de intervención internacionales (28,29). La rehabilitación proporcionada por Logopedia tras el ictus suele implicar inicialmente, ejercicios que involucran motóricamente áreas faciales y/o laríngeas, y su estimulación puede conllevar una mayor activación cerebral en la corteza motora. Es posible que un mayor ejercicio y proporción de estímulos tenga efectos positivos como resultado de las grandes cantidades de activación cerebral asociadas, de forma indirecta al trabajo de la deglución y/o lenguaje (30,31). Estas hipótesis deberían validarse por medio de estudios específicos que lo comprueben con muestras poblacionales más amplias y mayor homogeneidad en el tipo de pacientes, así como en la documentación y protocolización de tareas de evaluación y terapias realizadas para generalizar los resultados (32,33).

Representación y papel del logopeda en las Unidades de Ictus nacionales en España (hasta el año 2023). El *Plan nacional de atención al ictus en España* (vigente en la actualidad, desde el año 2012) (3) con su reciente actualización (4), y que en la actualidad se ha unido al *Plan europeo de atención al ictus 2018-2030* (34), manifiesta que aquellas personas con discapacidad, deben poder acceder a un equipo completo de profesionales para tratar el ictus, donde se incluya al profesional logopeda entre los profesionales anteriormente descritos (4).

En la **TABLA 1**, se resume la representación del logopeda, su actuación dentro de la UI y su función con el paciente con ictus, en los artículos consultados.

Respecto a la función de los logopedas, todos los autores coinciden en incluir su rol profesional dentro de las UI nacionales. Aquellos que especifican en mayor grado dicha función, destacan dentro de su actividad asistencial, el mantenimiento y/o restablecimiento de una respiración y deglución eficaz (**32,33**) en los usuarios incluidos en terapia. Sin especificar el lugar ni el momento del tratamiento, todos coinciden en la necesidad de realizar una evaluación y tratamiento del lenguaje, la comunicación, el habla, la voz, la audición y la deglución. La ASHA (*American Speech & Hearing Association*) (**37**) confirma la necesidad de intervención logopédica dentro de la intervención multi y transdisciplinar en personas que han sufrido un ictus y se encuentran en fase aguda. En su definición incluye en los objetivos de dicha rehabilitación, el asesoramiento y educación a las personas del entorno del paciente sobre apoyos de comunicación o SAAC (sistemas alternativos de comunicación).

DISCUSIÓN



Tras consultar la bibliografía, la evidencia indica que la Logopedia es una disciplina que según las guías nacionales de atención al ictus debe integrarse en el equipo multidisciplinar que lo atiende (**14,38,50,51,53,56**) tanto revistas científicas de neurología, enfermería, neurorrehabilitación como de Terapia Ocupacional. Las intervenciones dentro de dicho ámbito profesional más descritas son las realizadas en disfagia y en los trastornos comuni-

cativos secundarios a la afasia postictus (**33,43,45,47**). Sin embargo, la principal dificultad se encuentra en la descripción de cuáles son las funciones profesionales que realiza dentro de ellas y el tipo de intervención de una manera exhaustiva y científica (**52**). Dichas intervenciones en la práctica pueden adoptar distintas aproximaciones metodológicas, como, por ejemplo, utilización de la Terapia de entonación melódica (TEM), terapia fonológica y/o multimodal, entrenamiento en denominación y acceso léxico, terapia comunicativa, comunicación funcional, terapia conversacional, terapia grupal y/o entrenamiento a interlocutores, entre las principalmente descritas (**71,72,73,74**) con diferente intensividad (tiempos, frecuencia, duración y seguimiento) (**25**). También se hace difícil entender la metodología de trabajo empleada por dichos profesionales, mediante orientaciones genéricas: Cognitiva-lingüística, intervención en disfagia neurogénica, tratamiento específico de la denominación en afasias o terapia intensiva del lenguaje, por ejemplo, con diferentes niveles de evidencia científica (**63**). En la bibliografía en español consultada, no se definen técnicas específicas ni con una metodología de trabajo consistente y homogénea. A diferencia de otros estudios internacionales, donde se comprueban los efectos de terapias específicas de logopedia en pacientes con ictus (**30,31**) como *Constraint induced therapy of Aphasia CIAT* (**60**) o *Semantic Feature analysis SFA* (**61**) y que especifican el número de participantes y sus características médicas y cognitivas, el tipo de terapia realizada, la intensividad y las fases de intervención con mayor rigurosidad.

En las principales guías de consenso internacionales de manejo del ictus recogidas en la **TABLA 2**, sí se

Tabla 2
Guías de recomendación nacionales e internacionales en el paciente con ictus.
Funciones del logopeda descritas.

Autores	País	Función del logopeda en el paciente con ictus
1 <i>Estrategia nacional de atención al Ictus (2024)⁽¹⁾</i>	España	- Los pacientes, tras el ictus, pueden presentar necesidades de rehabilitación muy complejas y requieren instalaciones especializadas y una mayor cantidad de personal cualificado, tanto desde la UI como en su traslado posterior a unidades o centros de neurorrehabilitación. - En la fase aguda y para los casos más graves, se recomiendan programas de neurorrehabilitación intensivos e interdisciplinares en unidades hospitalarias. La transición al ámbito ambulatorio ha de garantizar una continuidad temporal, no debiendo superar las veinticuatro-cuarenta y ocho horas entre la hospitalización y el tratamiento ambulatorio asistencial, optimizando el conocimiento acumulado en la fase de ingreso (mismo equipo terapéutico o equipos estrechamente coordinados). - En el caso de las afasias, la evidencia encontrada indica que es fundamental un entrenamiento prolongado y de alta intensidad, que ha demostrado una mejora en la comunicación, tanto hablada como en la lecto-escritura⁽²⁰⁾. - En toda Europa, existe principalmente una carencia de personal especializado en la neurorrehabilitación tras el ictus, especialmente en Terapia ocupacional, Logopedia y Psicoterapia. Se debe garantizar en los próximos años su acceso a familiares y el apoyo domiciliario continuado en equipos multidisciplinares. Es importante reportar desde las UI la incidencia de discapacidad asociada, cognitiva, motórica y/o comunicativa. - En España, la guía de <i>Neurorrehabilitación para personas con DCA</i>⁽¹⁴⁾ marca la atención del logopeda entre otros profesionales con un Nivel de recomendación A dentro de la atención precoz al ictus. - Se incluye a la SERMEF, APETO, Colegio Nacional de Fisioterapia y Colegios de Enfermería, junto a las principales Asociaciones nacionales de familiares y afectados como FEDACE. No se ha incluido al Consejo General de Colegios de Logopedas (CGCL).
2 Winstein et al. (2016) ⁽³⁵⁾	EE.UU.	- Incluye un modelo de atención multidisciplinar de rehabilitación que se debe instaurar desde el ingreso en las UI estadounidenses con el máximo de una demora de cuatro días. - Los supervivientes de un ictus necesitan navegar por la transición de un modelo médico de tratamiento a un modelo más basado en la comunidad que incluya la vuelta al trabajo (para los que puedan volver a realizarlo), actividades de ocio y ejercicio para mantenerse en forma. - Incluyen una sección de Transiciones en la atención y rehabilitación comunitaria, que aborda la complejidad del paso del ámbito sanitario al social y la vida en comunidad tras el alta en la atención al ictus nacional. - El logopeda o SLT (<i>Speech & Language Therapist</i>) es el profesional responsable de evaluar y tratar los trastornos de lenguaje y comunicación en las <i>Stroke Units</i>. - Es importante identificar pronto los problemas mediante una evaluación completa e integral. Es igualmente importante identificar los puntos fuertes y las estrategias compensatorias que puedan permitir al paciente, maximizar su independencia y reincorporarse a las actividades vitales con la mayor brevedad posible. - Consideran la comunicación vital desde el marco de la CIF. Incluyen la telerrehabilitación en la práctica diaria del logopeda como un medio para que todos los afectados puedan acceder a la misma.

Tabla 2 (continuación)
Guías de recomendación nacionales e internacionales en el paciente con ictus.
Funciones del logopeda descritas.

Autores		País	Función del logopeda en el paciente con ictus
3	<i>Estrategia SAFE</i> (2016) ⁽³²⁾	Europa	- Establece, como uno de los objetivos para 2030 en la <i>Estrategia de atención al ictus europea</i>, el acceso a la Rehabilitación integral de la persona para la mayor reinserción en la vida comunitaria. - La rehabilitación postictus incluye terapia ocupacional, física, y del habla y el lenguaje, con la aportación adicional de psicólogos y trabajadores sociales, según sea necesario. Debe implicar un enfoque multidisciplinar por parte de los médicos especialistas en ictus en un equipo integral, y un plan ordenado para el alta hospitalaria con responsabilidad documentada para continuar con las necesidades de rehabilitación en la comunidad. - A medida que continúa la recuperación y aumenta la resistencia, puede aumentar la intensidad del entrenamiento. - Para los pacientes con afasia es recomendable realizar un entrenamiento por parte de los logopedas en estimulación de alta intensidad durante un período prolongado, que ha demostrado su eficacia en términos de mejora de la comunicación funcional, la lectura, la escritura y el lenguaje expresivo. Nivel de evidencia A (Brady, 2016).
4	<i>National guideline centre for Stroke for UK and Ireland. Guía NICE</i> (2023) ⁽¹⁰⁾	Reino Unido	- Describe las intervenciones logopédicas bajo dos enfoques principales: a) Intervenciones realizadas por profesionales formados que abordan muchos aspectos del uso del lenguaje. b) Terapias digitales realizadas en ordenadores, dispositivos móviles o <i>apps</i>, que tienden a centrarse en un aspecto específico de la función del lenguaje, por ejemplo, la capacidad de recuperar y producir palabras. Algunos estudios han investigado una combinación de los dos enfoques y han utilizado <i>software</i> convencional y especializado para aumentar la terapia del habla y el lenguaje administrada por el terapeuta. - Diferenciación de los distintos ámbitos de intervención de los logopedas según los trastornos que presente la persona con ictus en: afasias, disartrias, apraxia del habla dentro del enfoque de la CIF en la rehabilitación del lenguaje y la comunicación. La rehabilitación de la disfagia aparecería dentro de la rehabilitación física y motora postictus.
5	<i>Stroke Foundation</i> (2022) ⁽⁵⁸⁾	Australia	- Establecen objetivos en el programa de rehabilitación adaptado a la persona que ha sufrido un ictus, ofreciendo los distintos niveles de evidencia en la aplicación de la intervención con estudios actualizados. Con respecto al papel del logopeda, lo integra plenamente en las UI. - Los profesionales sanitarios deben iniciar el proceso de establecimiento de objetivos e implicar a los supervivientes de un ictus y a sus familias y cuidadores durante todo el proceso. Los objetivos para la recuperación deben estar centrados en el cliente, comunicarse claramente y documentarse para que tanto el superviviente del ictus (y sus familias/cuidadores) como otros miembros del equipo de rehabilitación sean conscientes de los objetivos establecidos o <i>goal-settings</i> para cada afectado/a⁽⁵³⁾. - En Logopedia, a los supervivientes de ictus con afasia se les debe proporcionar terapia del habla y del lenguaje para mejorar la comunicación funcional, la comprensión lectora, la comprensión auditiva, el lenguaje expresivo general y el lenguaje escrito. Nivel de evidencia A^(20,21). - Incluyen en la evaluación, intervención y asesoramiento del logopeda por patologías: en afasia, disartria, apraxia del habla, disfagia y alteraciones cognitivas de la comunicación.

incluye al logopeda en el equipo de rehabilitación, existiendo mucha más bibliografía respecto al tipo, intensidad y estudios comparativos en la efectividad de la terapia logopédica. La Organización Europea de Ictus (ESO) preparó un *Plan de Acción Europeo de Ictus* (ESAP) para los años 2018 a 2030, en cooperación con la Alianza Europea de Ictus (34). El ESAP incluía siete ámbitos: prevención primaria, organización de los servicios de ictus, gestión del ictus agudo, prevención secundaria, rehabilitación, evaluación de los resultados del ictus y evaluación de la calidad y la vida después del ictus (6). En él se incluye al logopeda en el ámbito de la neurorehabilitación.

Otro de los grandes motivos hallados para incluir la logopedia en las UI es la evidencia científica positiva que existe sobre la importancia de la rehabilitación temprana en la fase aguda del ictus, cuando el cerebro tiene mayor capacidad de neuroregeneración (62,64,66) desde el punto de vista de aprovechamiento de la plasticidad cerebral y la regeneración neuronal asociada. Ésta puede llevar a alcanzar resultados que posteriormente pueden seguir mejorando más allá de los seis meses-un año (a menor escala), específicamente en el campo de las funciones cognitivas relacionadas con el lenguaje y la comunicación humana (65,67,68,69). La neuroplasticidad es una propiedad del sistema nervioso gracias a la cual se modifica el funcionamiento cerebral y se reorganizan las áreas cerebrales cuando ocurre una lesión (56), constituyendo la base de la neurorehabilitación. Tras un ictus, aparece esta respuesta neural, de manera que las zonas que no han sido dañadas tratan de compensar el área lesionada (57). Los primeros noventa días después del

accidente cerebrovascular son la ventana de oportunidad, en la que existe el mayor potencial para aprovechar la recuperación espontánea (58). Los principios terapéuticos de la neurorehabilitación guían la investigación y tienen como objetivo fortalecer la interacción dentro de las redes neuronales, promover la mejora de la precisión y eficiencia de funciones cognitivas y motoras (59) incluyendo en ellas las que afectan al lenguaje y la comunicación, el habla y la deglución (15) que deben ser estimuladas en logopedia para conseguir mejor rendimiento.

Sin embargo, en la revisión de la bibliografía consultada se puede comprobar que dicha terapia no se encuentra presente en muchas UI a nivel nacional (34,38,50). Sería interesante la consulta de en cuántas de ellas ya se ha integrado en el equipo multidisciplinar y con qué resultados.

A nivel internacional, existen numerosos estudios, fundamentalmente en habla inglesa, que se han centrado a nivel intrahospitalario en la eficacia de los tratamientos intensivos y cualificados en el campo de la logopedia en afasias postictus como evidencia para incorporarlos a las UI. Especialmente destacable serían los de Godecke et al. (13,66) en un pequeño grupo de afasias (N=20), con la implementación de un programa precoz de rehabilitación del lenguaje (*The very Early Rehabilitation*, VER) durante veinte sesiones de una hora a lo largo de cinco semanas. Compararon los resultados, pre, post y después de seis meses con tests como el *Aphasia Quocient* (AQ) y otra escala de comunicación funcional (DA). Encontraron que el grupo que recibió terapia logopédica presentaba un 16% más de puntuaciones en el AQ y un 1,5% pun-

tos más en la escala de comunicación funcional que los del grupo de control. Koyuncu *et al.* (8) observaron 33 afasias postictus de su UI a las que les fue realizado un tratamiento intensivo logopédico de dieciséis sesiones dos días a la semana, en sesiones de treinta a sesenta minutos, durante ocho semanas seguidas. Utilizaron medidas pre y post, comprobando que la diferencia en rendimiento lingüístico posterior era significativamente positiva para las áreas de fluidez verbal, comprensión auditiva, comprensión lectora, entrenamiento motor articulatorio, habla automática, repetición y denominación.

Zubow y Hurting (73) estudiaron en varios hospitales de Iowa (EE.UU.) el censo de pacientes con ingreso hospitalario que precisaban uso de sistemas alternativos de comunicación y/o tratamiento logopédico. Encontraron que existía una importante necesidad de que en las unidades de cuidados intensivos (UCI), las personas afectadas por trastornos de habla y comunicación postictus tuvieran acceso a la comunicación alternativa y a sistemas de llamada a la enfermera no basados en uso vocal.

Asimismo, también se han revisado las principales guías de recomendación internacionales de intervención en afasias y trastornos de habla después de un ictus y se han sintetizado dichas recomendaciones en treinta y dos puntos a implementar en el ámbito de la logopedia en las UI organizadas en dos grupos; las realizadas por consenso internacional, y según la evidencia clínica observada a nivel experimental (74).

Conclusiones. Tras la revisión bibliográfica realizada, se ha podido comprobar que la mayoría de los estudios analizados a nivel nacional tienen en

cuenta la labor del logopeda dentro de las UI, aunque no esté descrita con exhaustividad. Muchos expertos están de acuerdo en incluirlos en el equipo multidisciplinar de Neurorrehabilitación que conforma dichas unidades; sin embargo, es un requisito que aún no se está cumpliendo en nuestro país o si lo hace, no se está describiendo en la bibliografía consultada con exactitud.

En otros países de habla anglosajona, la logopedia se considera una disciplina integrante más en las UI y así figura en las principales guías clínicas de neurorrehabilitación y neurología en la fase aguda del ictus (10,35,58) existiendo protocolos específicos de intervención dentro de dicha área bien definidos y sistematizados con niveles de evidencia científica positiva A y B (15,16,74).

La revisión realizada muestra resultados heterogéneos dependiendo de las áreas y el tipo de intervención realizadas en la terapia logopédica a nivel nacional, con distintos niveles de evidencia científica. Se ratifica la necesidad de hacer estudios bien controlados y reportados en sus distintas fases y con especificación de la intervención realizada aplicando criterios de evidencia de nivel medio y/o alto. Es fundamental también la diferenciación entre intervención en procesos cognitivos como el lenguaje y la comunicación, y los trastornos de la deglución asociados al ictus. La síntesis de datos expone la necesidad de un entorno multidisciplinar terapéutico adaptado en las UI, una mayor definición del papel profesional que realizan los logopedas y otros profesionales sanitarios (terapeutas), y la necesidad de realización de terapia en los casos con secuelas postictus. En concreto en las áreas de intervención

del logopeda, ésta debería centrarse en el funcionamiento cognitivo lingüístico general, el restablecimiento de habilidades comunicativas tempranas, la implementación inicial de Sistemas alternativos de comunicación (SAAC) y mejora de la disfagia neurógena asociada a personas que han sufrido un ictus. Dichas funciones pueden mejorarse, siendo su escasa descripción una de las principales limitaciones encontradas en los estudios existentes, para proporcionar las estrategias adecuadas de interacción/comunicación a familiares y profesionales cuando son necesarias, fundamentalmente en la fase aguda. Ello puede reducir la prevalencia e incidencia de otras enfermedades asociadas, como la neumonía aspirativa que puede conllevar una alta mortalidad y/o reingresos y empeora el pronóstico de los pacientes ingresados en las UI. La presencia de los logopedas en las UI, al igual que el del resto de disciplinas de la medicina y profesionales de la neurorrehabilitación y enfermería, es favorable para la mejoría global de las personas afectadas, reduciendo costes y produciendo mayores resultados y beneficios con respecto a su autonomía personal, social y/o laboral en las UI españolas siguiendo la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la salud (CIF) propuesta por la OMS (75).

Las principales limitaciones respecto al trabajo realizado dependieron

del tamaño del efecto de las revisiones encontradas, la inclusión de muestras de pacientes suficientemente representativas con medidas pre y postintervención, la heterogeneidad de los estudios encontrados respecto a los usuarios de logopedia y las metodologías de rehabilitación empleadas, la escasa descripción de terapias utilizadas en logopedia y la intensividad empleada, la heterogeneidad en las medidas y diseños experimentales utilizados dentro de las UI y la diversidad profesional de la que procedían, incluyendo distintas disciplinas dentro de la medicina, enfermería, terapia y neurorehabilitación.

Como conclusión final, es importante señalar la necesidad de establecer protocolos de actuación multidisciplinarios en los que se incluya a los logopedas en el ámbito hospitalario de forma precoz, definiendo su función profesional y participando de forma activa en la elaboración de los protocolos asistenciales y de neurorehabilitación. Asimismo, en los próximos años, se considera conveniente aumentar el número de estudios que evalúen sus potenciales beneficios, realizando investigaciones multicéntricas con grandes muestras de población y con intervenciones bien descritas, sistematizadas y con metodología de trabajo consolidada en dicho ámbito profesional (3,4,6,8). ©

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. 2024. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_Ictus_del_SNS_Actualizacion_2024_accesible.pdf
2. Oyanguren Rodeño B, Eimil Ortiz M, Gonzalez Salaices M, Jaen Casares V. (2016). *Atención hospitalaria del paciente con ictus*. Medical & Marketing Communications. <https://www.amn-web.com/documentos/manual-para-enfermeria-en-ictus.pdf>
3. Ministerio de Salud y Política Social. Gobierno de España. *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. 2008. <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
4. Simal Hernández P, Guiu-Guía JM, Hernández Meléndez T et al. Logros y retos en la atención del ictus en España: desde la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-2030. Vol. 95. Revista Española de Salud Pública 2021;95. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/respl/article/view/660/959>
5. Kjellström T, Norrving B, Shatchkute A. *Helsingborg declaration 2006 on european stroke strategies*. Cerebrovascular Diseases 2006;23(2-3):229-241. <https://doi.org/10.1159/000097646>
6. Norrving B, Barrick J, Dávalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A et al. *Action plan for stroke in europe 2018-2030*. European Stroke Journal 2018;3(4):309-336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
7. Pérez NJ, Scherle MC, Roselló SH. *Unidad de Ictus Agudo. Un nuevo concepto asistencial*. Rev Acta Médica. 2009;12(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2009/acm091b.pdf>
8. Koyuncu E, Çam P, Altınok N, Çallı D, Duman T, Özgirgin N. *Speech and language therapy for aphasia following subacute stroke*. Neural Regeneration Research 2016;11(10):1591. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.193237>
9. Leonardi M, Fheodoroff K. *Goal setting with icf (international classification of functioning, disability and health) and multidisciplinary team approach in stroke rehabilitation*. Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation 2021:35-56. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_3

- 10.** National Clinical Guideline for Stroke for the UK and Ireland. NICE. London: Intercollegiate Stroke Working Party; 2023 May 4. Disponible en: www.strokeguideline.org
- 11.** Cuadernos FEDACE. Logopedia y Daño Cerebral. 2007. https://fedace.org/talleres_dano_cerebral.html#Cuadernos
- 12.** Powers W, Rabinstein A, Ackerson T, Adeoye O, Bambakidis N, Becker K et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. Stroke 2019;50(12). <https://doi.org/10.1161/str.0000000000000211>
- 13.** Godecke E, Ciccone N, Granger A, Rai T, West D, Cream A et al. A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a very early rehabilitation programme following stroke. International Journal of Language & Communication Disorders 2014;49(2):149-161. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12074>
- 14.** Noé E, Gómez A, Bernabeu M, Quemada I, Rodríguez R, Pérez T et al. Guía: Principios básicos de la neurorrehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación. Neurología 2024;39(3):261-281. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485321001377>
- 15.** Powers W, Rabinstein A, Ackerson T, Adeoye O, Bambakidis N, Becker K et al. 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. Stroke 2018;49(3). <https://doi.org/10.1161/str.0000000000000158>
- 16.** American Stroke Association. Rehab therapy after a stroke. 2019. <http://www.stroke.org/en/life-after-stroke/stroke-rehab/rehab-therapy-after-a-stroke>
- 17.** Manterola C, Rivadeneira J, Delgado H, Sotelo C, Otzen T. (2023). ¿Cuántos tipos de revisiones de la literatura existen? enumeración, descripción y clasificación. revisión cualitativa. International Journal of Morphology, 41(4), 1240-1253. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022023000401240>
- 18.** Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. (2016). Reviewing the methodology of an integrative review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30(4), 662-669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
- 19.** Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghera D, Liberati A, Petticrew M, Stewart LA et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Systematic reviews, 4(1), 1-9
- 20.** Sousa L, Firmino C, Marques-Vieira C, Severino S, Pestana H. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação 2018;1(1):45-55. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.074391>
- 21.** Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow CD Alonso S et al. (2021). Declaración prisma 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Revista Española De Cardiología, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- 22.** Sanabria A, Rigau D, Campo R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema grade: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. Atención Primaria 2015;47(1):48-55. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.013>
- 23.** Fuentes B, Tejedor E. Stroke units: many questions, some answers. International Journal of Stroke 2009;4(1):28-37. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2009.00244.x>
- 24.** Brady M, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000425.pub4>
- 25.** Ali M, VandenBerg K, Williams L, Williams L, Abo M, Becker F et al. Predictors of poststroke aphasia recovery: RELEASE. Stroke 2021;52(5):1778-1787. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.120.031162>
- 26.** Brady M, Ali M, VandenBerg K, Williams L, Williams L, Abo M et al. Complex speech-language therapy interventions for stroke-related aphasia: the release study incorporating a systematic review and individual participant data network meta-analysis. Health and Social Care Delivery Research 2022;10(28):1-272. <https://doi.org/10.3310/htl7522>
- 27.** Dignam J, Copland D, McKinnon E, Burfein P, O'Brien K, Farrell A et al. Intensive versus distributed aphasia therapy. Stroke 2015;46(8):2206-2211. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.115.009522>
- 28.** Tanashyan M, Berdnikovich E, Ларога О. Post-stroke dysphagia: novel treatment approaches. Neurology, Neuropsychia-

- try, *Psychosomatics* 2018;10(2):57-62. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-57-62>
29. Whitehead S, Baalbergen E. *Post-stroke rehabilitation*. South African Medical Journal 2019;109(2):81. <https://doi.org/10.7196/samj.2019v109i2.00011>
30. Sakai K, Momosaki R. *Real-world effectiveness of speech therapy time on cognitive recovery in older patients with acute stroke*. Progress in Rehabilitation Medicine 2016;1(0): n/a. <https://doi.org/10.2490/prm.20160004>
31. Picano C, Quadrini A, Pisano F, Marangolo P. *Adjunctive approaches to aphasia rehabilitation: a review on efficacy and safety*. Brain Sciences 2021;11(1):41. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010041>
32. Clavé P, Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E et al. *The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia*. Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2006;24(9):1385-1394. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.03118.x>
33. Speyer R, Baijens L, Heijnen M, Zwijsenberg I. *Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review*. Dysphagia 2009;25(1):40-65. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9239-7>
34. Estrategia SAFE. *The Stroke Patient Voice in Europe (ESO). Ictus: Plan de actuación en Europa 2018-2030*. 2018. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-spanish-s.pdf>
35. Sanchez Tarifa MP. *Contribución de la rehabilitación en pacientes de la unidad de ictus en términos de discapacidad y calidad de vida*. [Tesis Doctoral] Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2018. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/16679>
36. Vazquez Guimaraens MV. *Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular*. [Tesis Doctoral] Santiago. Universidad de la Coruña, 2017. <https://ruc.udc.es/bitstreams/4243f95a-a1f5-4806-9d81-945caf5088a7/download>
37. Winstein C, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney L, Cramer S et al. *Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery*. Stroke 2016;47(6). <https://doi.org/10.1161/str.000000000000098>
38. Duarte E, Alonso B, Fernández M, Fernández J, Flórez M, García-Montes I et al. *Rehabilitación del ictus: modelo asistencial*. recomendaciones de la sociedad española de rehabilitación y medicina física. 2009. *Rehabilitación* 2010;44(1):60-68. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2009.10.001>
39. Ferrer Arnedo C. *El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI*. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica 2014;40(1):2-3. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2014.10.001>
40. Aguirrezabal Juaristi A. *Evaluación de la satisfacción y conocimientos en la rehabilitación del ictus tras la aplicación de medidas sistemáticas de información, formación y soporte para pacientes y cuidadores*. [Tesis doctoral], Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona, 2015. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2015/hdl_10803_312848/aaajldel.pdf
41. Sánchez JC, Martín IJ. *Reeducación funcional tras un ictus*. Elsevier España; 2014.
42. Prieto Pellitero P. *Protocolo de cuidados de enfermería para las Unidades de Ictus de Castilla y León*. [Tesis doctoral], Valladolid. Universidad de Santiago, 2015. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11835>
43. Clavé Civit P. *Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea*. En: Clavé Civit P, García Peris P (eds.). *Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Editorial Glosa SL, 2013: 31-49.
44. Bestué Cardiel M, Jiménez L, Ballester Marco L, Larroy P. Área de ictus. *Estrategia organizativa coste-efectiva en la atención de ictus en hospitales de segundo nivel*. Gest y Eval Cost Sanit. 2016;17(1):31-43. https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/04_Area_ictus.pdf
45. Ballesteros Pomar MD, Palazuelo Ameiz L. *¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle?* Nutrición Hospitalaria 2017;34(Supl.). <https://doi.org/10.20960/hh.1239>
46. Amador García A, Tortosa Magriñá C. *Participación de enfermería y otros profesionales en el proceso de rehabilitación en pacientes que han sufrido un ictus. Revisión de la literatura*. [TFM], 2018. Barcelona; Universidad Pompeu Fabra. <https://repositori.tecnocampus.cat/bitstream/handle/20.500.12367/46/Tortosa%20Magri%C3%B1a%20Carla%20-%20Participaci%C3%B3n%20enfermeria%20y%20de%20otros%20profesionales%20en%20el%20proceso%20de%20rh%20post%20ictus.pdf?sequence=1>
47. Murciego Rubio P, Atarés N. *Secuelas del daño cerebral adquirido, estudio sobre las necesidades terapéuticas*. Revista De

Logopedia y Foniatría y Audiología 2019;39(2):52-58. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2019.02.001>

48. Lago Martín A et al. 2019-2023. Plan de Atención al Ictus en la Comunitat Valenciana. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. 2019. https://www.san.gva.es/documents/153218/9795909/Plan_ictus_2019_a_2023.pdf

49. Dehesa Medina C, Pérez Viqueira M (coords.). Buenas prácticas e innovación para mejorar la calidad de vida de las personas con daño cerebral y sus familias. Serie: Cuadernos FEDACE sobre Daño Cerebral n. 18, Madrid, Federación Española de Daño Cerebral, 2019, 174 p. <https://www.cedid.es/es/documentacion/catalogo/Record/547714>

50. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la unidad de ictus. Neurología 2023;38(6):419-426. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.025>

51. Acebrón F, Valverde R. Estudio SEGUICUTUS: manejo y seguimiento del paciente con ictus en España. Neurología 2024. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-estudio-seguicutus-manejo-seguimiento-del-S0213485324001014>

52. González Flores P. Intervención logopédica en el momento agudo del ictus. [Tesis doctoral]. Valladolid. Universidad de Valladolid, 2023. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/61109/TFG-M-L3049.pdf?sequence=1>

53. Rigual R, Fuentes B, Díez-Tejedor E. Abordaje y tratamiento del ictus isquémico en la fase aguda. Medicina Clínica 2023;161(11):485-492. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775323003974>

54. Bravo Peixoto C. Código Ictus. Atención al paciente en unidades de ictus [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Santiago de Compostela]. Grado en Medicina. 2018. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/80783/1/TGF_Carol_pdf.pdf

55. Moreno J, Cardiel M, Muñoz A, Larroy M. Programa de atención al ictus en aragón (PAIA). Estrategia del cambio y resultados en el periodo 2009-2014. Neurología 2018;33(5):301-312. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.027>

56. Alonso de Leciana M, Egido J, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Masjuán J et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. Neurología 2014;29(2):102-122. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.09.012>

57. Murie-Fernández M and Laxe S. Comparison of stroke neuro-rehabilitation in Spain and in Europe. Neurología (English Edition) 2020;35(5):354-355. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2018.02.006>

58. Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management (2022). Melbourne Australian and New Zealand Living Clinical Guidelines for Stroke Management 2022; 8:1-263. <https://app.magicapp.org/#/guideline/tj2R8j/section/jmqavi>

59. Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, Wijck F. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation-a systematic review. Disability and Rehabilitation 2012;35(3):177-190. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.690501>

60. Pulvermüller F, Neininger B, Elbert T, Mohr B, Rockstroh B, Koebbel P et al. Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. Stroke 2001;32(7):1621-1626. <https://doi.org/10.1161/01.str.32.7.1621>

61. Evans W, Cavanaugh R, Gravier M, Autenreith A, Doyle P, Hula W et al. Effects of semantic feature type, diversity, and quantity on semantic feature analysis treatment outcomes in aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology 2021;30(1S):344-358. https://doi.org/10.1044/2020_ajslp-19-00112

62. Lin M, Liebeskind D. Imaging of ischemic stroke. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology 2016;22(5):1399-1423. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000376>

63. Córdova A, Martín Pérez C, Domínguez Martínez A. (2020). Programa de Intervención combinada de Estimulación Eléctrica Cerebral con Terapia Logopédica Intensiva para pacientes afásicos no fluentes. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de la Laguna]. 2020. https://hdl.handle.net/10316/80783/1/TGF_Programa%20de%20Intervencion%20combinada%20de%20Estimulacion%20Electrica%20Cerebral%20con%20Terapia%20Logopedica%20Intensiva%20para%20pacientes%20afasicos%20no%20fluentes.%20.pdf?sequence=1

64. Hartwigsen G, Saur D. Neuroimaging of stroke recovery from aphasia-insights into plasticity of the human language network. NeuroImage 2019;190:14-31. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.11.056>

65. Crosson B, Rodriguez A, Copland D, Fridriksson J, Krishnamurthy L, Meinzer M et al. Neuroplasticity and aphasia treatments: new approaches for an old problem. Journal of Neurology, Neu-

rosurgery & Psychiatry 2019;90(10):1147-1155. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-319649>

66. Fridriksson J, Richardson J, Fillmore P, Cai B. *Left hemisphere plasticity and aphasia recovery*. *NeuroImage* 2012;60(2):854-863. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.12.057>

67. Lwi SJ, Herron TJ, Curran B, Ivanova MV, Schendel K, Dronkers NF, Baldo JV. (2021). *Auditory Comprehension Deficits in Post-stroke aphasia: Neurologic and demographic correlates of outcome and recovery*. *Frontiers in Neurology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.680248>

68. Berthier M, Pulvermüller F. *Neuroscience insights improve neurorehabilitation of poststroke aphasia*. *Nature Reviews Neurology* 2011;7(2):86-97. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2010.201>

69. Marcotte K, Perlberg V, Marrelec G, Benali H, Ansaldo A. *Default-mode network functional connectivity in aphasia: therapy-induced neuroplasticity*. *Brain and Language* 2013;124(1):45-55. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2012.11.004>

70. Zumbansen A, Thiel A. *Recent advances in the treatment of post-stroke aphasia*. *Neural Regeneration Research* 2014;9(7):703. <https://doi.org/10.4103/1673-5374.131570>

71. Allen L, Mehta S, McClure A, Teasell R. *Therapeutic interventions for aphasia initiated more than six months post stroke: a review of the evidence*. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2012;19(6):523-535. <https://doi.org/10.1310/tsr1906-523>

72. Godecke E, Armstrong E, Rai T, Ciccone N, Rose M, Middleton S et al. *A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: the very early rehabilitation for speech (VERSE) study*. *International Journal of Stroke* 2020;16(5):556-572. <https://doi.org/10.1177/1747493020961926>

73. Zubow L, Hurtig R. *A demographic study of aac/at needs in hospitalized patients*. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication* 2013;22(2):79-90. <https://doi.org/10.1044/aac.22.2.79>

74. Shrubsole K, Worrall L, Power E, O'Connor DA. *Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines*. *Aphasiology*. 2017;31(1):1-24. <https://dx.doi.org/10.1080/02687038.2016.1143083>. doi:10.1080/02687038.2016.1143083

75. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 2001. https://space.org/assets/uploads/publicaciones/674e4-cif_2001.pdf