

Atención en rehabilitación por secuelas en la comunicación humana secundarias a enfermedad vascular cerebral

Rehabilitation care for human communication sequelae secondary to cerebrovascular disease

María A. Velasco-Orozco¹, Rosaura Atrisco-Olivos², Emilio Arch-Tirado³ y Ana L. Lino-González^{4*}

¹División de Terapia en Comunicación Humana, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México; ²Subdirección de Calidad Educativa Secretaría Académica, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos; ³Centro Neurológico, Centro Médico ABC Sede Santa Fe, Ciudad de México; ⁴Área de Neurociencias Clínica, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, Ciudad de México. México

Resumen

Objetivo: Evaluar el proceso de atención en la rehabilitación de pacientes con secuelas de lenguaje, habla y deglución, secundarias a enfermedad vascular cerebral, en un hospital de tercer nivel en México. **Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo. Se obtuvieron las características sociodemográficas y clínicas de 233 expedientes de pacientes con secuelas de lenguaje, habla y deglución, secundarias a enfermedad vascular cerebral, que recibieron terapia. Se realizó análisis descriptivo, con pruebas χ^2 y Wilcoxon para evaluar diferencias antes y después de la terapia. También se crearon tres indicadores para evaluar e identificar factores que participaron en el proceso de rehabilitación. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en estructura afectada y nivel de discapacidad en las categorías función, actividad y participación entre las evaluaciones inicial y final. Los indicadores de calidad mostraron inicio de la rehabilitación a los 8.9 meses, elaboración del programa de trabajo en las primeras 2 semanas en el 90.1% de los casos y revaloración por el área médica a los 6 meses efectivos de terapia en el 81.1%. **Conclusiones:** El proceso de atención evidencia oportunidades de mejora. El más importante corresponde al tiempo que transcurre para que el paciente inicie la rehabilitación. La terapia disminuye el grado de discapacidad.

Palabras clave: Trastornos cerebrovasculares. Terapéutica. Rehabilitación de trastornos del lenguaje y del habla. Complicaciones.

Abstract

Objective: To evaluate the care process in the rehabilitation of patients with sequelae of language, speech and swallowing, secondary to cerebrovascular disease, in a third-level hospital in Mexico. **Methods:** Retrospective and descriptive study. Sociodemographic and clinical characteristics were obtained from 233 records of patients with sequelae of language, speech and swallowing, secondary to cerebrovascular disease, who received therapy. A descriptive analysis was performed; χ^2 and Wilcoxon tests were used to assess differences before and after therapy. Three indicators were created to evaluate and identify the factors that participated in the rehabilitation process of the patients. **Results:** A significant difference was found in the affected structure and level of disability in function, activity and participation categories between the initial and final evaluation. The quality indicators showed the beginning of rehabilitation at 8.9 months, elaboration of the work program in the first two weeks in 90.1% of cases and revaluation by the medical area at 6 effective months of therapy in 81.1%. **Conclusions:** The care process shows opportunities for improvement. The most important corresponds to the time that passes for the patient to start rehabilitation. Therapeutic intervention decreases the degree of disability.

Keywords: Cerebrovascular disorders. Therapeutics. Language and speech disorder rehabilitation. Complications.

*Correspondencia:

Ana L. Lino-González

E-mail: ana_onil@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 03-04-2025

Fecha de aceptación: 30-04-2025

DOI: 10.24875/CIRU.25000192

Cir Cir. 2026;94(5):533-541

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

0009-7411/© 2025 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un problema de salud pública. Este síndrome clínico de origen vascular provoca alteración neurológica en segundos y puede generar diversas secuelas orgánicas y funcionales dependiendo del sitio, el tamaño y la extensión de la lesión^{1,2}. Se estima que es la segunda causa de muerte en el mundo^{3,4}.

La EVC se clasifica en isquémica (consecuencia de la oclusión de un vaso o flujo sanguíneo debido a un trombo o embolia) y hemorrágica (rotura de un vaso) que provoca una colección hemática en el parénquima cerebral o el espacio subaracnoideo^{1,5}. Según el Global Burden of Disease, en 2021 la EVC hemorrágica fue la sexta causa global de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (79.5 millones de años), con un total de 3.31 millones de muertes. Enfatiza que desde 1990 ha mostrado un aumento del 46.1%⁶, y que la EVC isquémica generó una pérdida de 70.4 millones de años de vida ajustados por discapacidad, con una incidencia de 7.81 millones de casos y 3.59 millones de muertes, resaltando un incremento del 88% desde 1990⁵.

Feigin et al.⁷ reportan que la carga de discapacidad secundaria a EVC es alta y que incrementa a un ritmo acelerado, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Además, refieren que se ha observado en todo el mundo un aumento de la enfermedad en personas jóvenes y de mediana edad, por lo que pronostican que la mortalidad aumentará, pasando de 6.6 millones con 144.8 millones de años de vida ajustados por discapacidad en 2020 a 9.7 millones y 189.3 millones de años de vida ajustados por discapacidad en 2050⁷.

En México, la Secretaría de Salud reportó en el año 2000 un incremento de la incidencia en menores de 65 años, y en 2008 una tasa de mortalidad de 28.3 por cada 100,000 habitantes. Se señalaba que, 6 meses después de la enfermedad, el 26% de los sujetos presentan dependencia en las actividades de la vida diaria y el 46% tienen dificultades cognitivas⁸. Los costos para la seguridad social en gastos hospitalarios son significativos: en 2018 ascendían a más de 7500 pesos por día en hospitalización y 35,400 pesos por día en terapia intensiva. Se estima un total de 300,000 pesos por usuario considerando una media de 60 días de hospitalización⁹. Recientemente, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía

(INEGI, 2019 y 2022) la ha ubicado como la sexta causa de muerte en adultos^{9,10}.

Para los sobrevivientes con discapacidades residuales, la rehabilitación es la única oportunidad de mejora. Se recomienda iniciar la intervención inmediatamente después de la estabilización de la fase aguda y la identificación de las discapacidades, que pueden ser de índole motora, sensorial, visual, cognitiva, del habla, del lenguaje, de la deglución o del estado de ánimo^{1,2,11}.

La rehabilitación es un proceso con limitación temporal cuyo objetivo es prevenir complicaciones y reducir las deficiencias con el fin de maximizar la capacidad funcional para favorecer la autonomía y la reintegración al ámbito familiar, social y laboral. Se ha reportado que la recuperación neurológica ocurre principalmente en los primeros 3 meses, con una máxima recuperación en las primeras 4-6 semanas. Así mismo, se sabe que los procesos de plasticidad cerebral se optimizan si los programas de rehabilitación inician de forma temprana y se extienden al menos 6 meses en los pacientes con EVC grave. La inclusión de estos pacientes en unidades de rehabilitación ha mostrado reducir la mortalidad y la discapacidad⁴.

Una revisión sistemática realizada en 2016 evaluó el efecto de la terapia en la comunicación del paciente, encontrando que mejora la función del lenguaje expresivo y receptivo; no obstante, no se especificó la duración de estos efectos¹². También se observó que muchas horas de terapia en un periodo corto favorecen el uso del lenguaje y disminuyen la gravedad de la discapacidad, pero se destacó una mayor deserción de los pacientes que reciben un régimen intensivo en comparación con aquellos con intervenciones menos exigentes¹².

El objetivo del presente estudio fue evaluar el proceso de atención en la rehabilitación de pacientes con secuelas del lenguaje, el habla y la deglución, secundarias a EVC, en un hospital de tercer nivel en México.

Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo en el que se realizó una revisión de expedientes clínicos electrónicos correspondientes al área de terapia de comunicación humana, específicamente del servicio de terapia de voz, habla y deglución. Se consideraron los expedientes de 233 pacientes que recibieron atención en el periodo de octubre de 2017 a octubre

de 2022. El protocolo fue aprobado por el comité institucional de investigación y ética.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, tener diagnóstico de EVC y haber recibido terapia en comunicación humana dirigida a la rehabilitación de afasias, disartrias o disfagia por un periodo de 1 a 24 meses.

Los criterios de exclusión incluyeron tener reporte de lesión cerebral secundaria a trauma, tumor o hematoma subdural, así como los pacientes cuyos expedientes contaran con información incompleta o que no iniciaron terapia en comunicación humana.

Instrumentos

Se construyó una base de datos para recopilar información sociodemográfica (edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, ocupación previa a la EVC y vía de referencia a la institución), información sobre el tipo de EVC, comorbilidad previa, secuelas (del lenguaje, del habla, de la deglución, cognitivas, motoras, psicológicas, visuales o sensitivas) y aparición de crisis convulsivas. También se registró el tiempo transcurrido entre la EVC y el inicio de terapia en comunicación humana, el tiempo en rehabilitación, los motivos de deserción o alta de la terapia, y la necesidad de un cuidador primario, de fisioterapia o terapia ocupacional. Se incluyó el reporte de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)¹³, que fue determinado por el médico especialista en comunicación humana antes de iniciar la terapia y en la evaluación previa a la deserción o al alta de la terapia. La CIF permite determinar la estructura corporal afectada, el grado de deficiencia en las funciones corporales o fisiológicas, el grado de limitación en la actividad o la realización de una tarea o acción, y el grado de restricción en la participación o el acto de involucrarse en una situación vital. Para determinar el grado de deficiencia, limitación o restricción, el puntaje fue el siguiente: 0 = ausencia, grado mínimo o 0-4% de deficiencia; 1 = deficiencia leve o 5-24%; 2 = deficiencia moderada o 25-49%; 3 = grave o 50-95%; y 4 = problema completo, deficiencia total o 96-100%.

Procedimiento

Se realizó la búsqueda de expedientes en el sistema automatizado de información hospitalaria. Una

vez identificados aquellos que cumplían con los criterios de inclusión, se codificó la información y se introdujo en una base de datos. Se crearon tres indicadores para evaluar e identificar los factores que participaron en el proceso de rehabilitación de los pacientes: 1) oportunidad para iniciar la rehabilitación de voz, habla y deglución, 2) elaboración del programa de trabajo dentro de las primeras 2 semanas de ingreso al servicio de terapia, y 3) oportunidad de revaloración por parte del área médica a los 6 meses efectivos de terapia.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo, obteniendo la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, como la edad, los meses entre la EVC y el inicio de la atención en terapia, y los meses en terapia. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, sociodemográficas, clínicas, secuelas, relacionadas con la terapia y con la CIF. Para evaluar la diferencia entre las evaluaciones con la CIF inicial y final se aplicaron las pruebas χ^2 y de Wilcoxon. El análisis se realizó en SPSS Statistics versión 26, con un valor de significación de $p < 0.05$.

Resultados

Se revisaron 233 expedientes, de los cuales el 52.4% correspondían a pacientes mujeres. La media de edad se situó en 58.9 ± 14.7 años (rango: 19 a 95). El estado civil más frecuente fue el de casado (57%) y los lugares de residencia más comunes fueron la Ciudad de México y el Área Metropolitana (89.7%). En cuanto al nivel educativo, el grado más reportado fue primaria (26.6%), seguido de licenciatura (23.6%). Con respecto a la ocupación desempeñada antes de la EVC, la más mencionada fue la de empleado (40.8%), seguida de actividades del hogar (30.9%). Al considerar la vía de referencia a la institución, se encontró que la principal fue a través de instituciones de segundo nivel de atención (42.1%), seguida por el tercer nivel de atención (31.3%) (Tabla 1).

En la tabla 2 se presentan las características clínicas relacionadas con la EVC y la comorbilidad de los pacientes. Se encontró que el tipo más frecuente de EVC fue el isquémico, representando el 88.8% de los casos. En cuanto a la comorbilidad, la enfermedad más común fue la hipertensión arterial sistémica en el 31.8%, seguida por la combinación de hipertensión arterial sistémica y diabetes *mellitus* tipo 2 en el

Tabla 1. Características sociodemográficas y de referencia

Características	n	%
Sexo		
Mujer	122	52.4
Hombre	111	47.6
Estado civil		
Casado	133	57
Soltero	61	26.2
Divorciado	20	8.6
Viudo	19	8.2
Lugar de residencia		
Ciudad de México/Área metropolitana	209	89.7
Foráneo	24	10.3
Escolaridad		
Sin escolaridad/analfabeto	15	6.4
Primaria	62	26.7
Secundaria	49	21
Preparatoria/bachillerato	46	19.7
Licenciatura	55	23.7
Maestría	1	0.4
Doctorado	5	2.1
Ocupación previa		
Empleado	95	40.8
Hogar	72	30.9
Pensionado	22	9.4
Trabajador independiente	21	9
Desempleado	19	8.2
Otro	4	1.7
Vía de referencia a la institución		
Segundo nivel de atención	98	42.1
Tercer nivel de atención	73	31.3
Primer nivel de atención	24	10.3
Recomendación de un familiar	21	9
Médico privado	16	6.9
Otro	1	0.4

11.6%, y por la combinación de hipertensión arterial sistémica e hiperlipidemia en el 11.2%. Además, se observó que tener una enfermedad previa fue lo más habitual, con un 46.8%, y tener dos fue también común, con un 31.8% (Tabla 2).

La tabla 3 muestra las secuelas observadas en los pacientes. Específicamente, en lenguaje las más frecuentes fueron afasia motora eferente (21%) y afasia global (15%). Con respecto a las secuelas del habla, la más común fue la disartria espástica (6.9%), seguida de la disartria mixta (6%). En cuanto a la deglución, las más frecuentes fueron disfagia orofaríngea leve (15.9%) y disfagia orofaríngea grave (8.6%). En las secuelas cognitivas se encontró que el deterioro cognitivo fue la más habitual (12.9%). Considerando otras secuelas, en las motoras destaca la hemiparesia derecha (56.2%); en las psicológicas, la

Tabla 2. Características clínicas de la enfermedad vascular cerebral y de la comorbilidad

Características	n	%
Tipo de enfermedad vascular cerebral		
Isquémica	207	88.8
Hemorrágica	26	11.2
Comorbilidad		
Hipertensión arterial sistémica	74	31.7
Hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus	27	11.6
Hipertensión arterial sistémica e hiperlipidemia	26	11.2
Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus e hiperlipidemia	19	8.2
Hipertensión arterial sistémica y enfermedad cardíaca	19	8.2
Enfermedad cardíaca	16	6.9
Hiperlipidemia	15	6.4
Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca e hiperlipidemia	7	3
Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y enfermedad cardíaca	4	1.7
Diabetes mellitus y enfermedad cardíaca	3	1.3
Diabetes mellitus	2	0.9
Infarto agudo al miocardio	1	0.4
Diabetes mellitus e hiperlipidemia	1	0.4
Todas las mencionadas	1	0.4
Ninguna	18	7.7
N.º enfermedades en comorbilidad		
Ninguna	18	7.7
Una	109	46.8
Dos	74	31.8
Tres	25	10.7
Cuatro	6	2.6
Cinco	1	0.4

depresión (14.2%); en las visuales, la hemianopsia (5.6%); en las sensitivas, el dolor en el miembro superior (68.2%); y finalmente, en un 8.6% se registró inicio de crisis convulsivas. Como consecuencia de las secuelas, el 72.5% de los pacientes requirieron un cuidador primario (Tabla 3).

Dentro de las características que comprenden el manejo terapéutico de las secuelas se incluyó el motivo por el cual un paciente abandona la terapia de lenguaje, habla y deglución. Las causas más frecuentes fueron dificultad de traslado de su domicilio al hospital en 21 (9%) pacientes, recurrencia de EVC en 21 (9%) y no contar con acompañante o cuidador en 12 (5.2%).

Considerando el motivo de alta de terapia de lenguaje, habla y deglución, se reportaron mejoría en 65 (27.9%) pacientes, máximo beneficio en 39 (16.7%) y baja voluntaria en 15 (6.4%).

Cabe destacar que, a pesar de no ser un alta emitida por el médico especialista, 108 (46.4%) pacientes desertaron de la terapia. Como parte del tratamiento

Tabla 3. Secuelas y necesidad de cuidador primario

Secuelas	n	%
Secuelas de comunicación humana		
Del lenguaje		
Afasia motora eferente	49	21
Afasia global	35	15
Afasia acústico-agnósica	31	13.3
Afasia motora aferente	18	7.7
Afasia acústico-amnésica	9	3.9
Afasia semántica	6	2.6
Afasia amnésica	5	2.1
Afasia dinámica	3	1.3
Ninguna	77	33
Del habla	16	6.9
Disartria espástica	14	6
Disartria mixta	6	2.6
Disartria flácida	3	1.3
Disartria atáxica	1	0.4
Disartria hipocinética	193	82.8
Ninguna		
Secuelas de la deglución		
Disfagia orofaríngea leve	37	15.9
Disfagia orofaríngea grave	20	8.6
Disfagia orofaríngea moderada	19	8.1
Ninguna	157	67.4
Secuelas cognitivas	30	12.9
Deterioro cognitivo	7	3
Demencia	196	84.1
Ninguna		
Otras secuelas		
Motoras		
Hemiparesia derecha	131	56.2
Hemiparesia izquierda	40	17.2
Hemiparesia de miembros completa	6	2.6
Hemiparesia de miembros superiores	3	1.3
Hemiparesia de miembros inferiores	2	0.8
Ninguna	51	21.9
Psicológicas		
Depresión	33	14.2
Ansiedad	4	1.7
Ninguna	196	84.1
Visuales		
Hemianopsia	13	5.6
Visión borrosa	7	3
Diplopía	2	0.9
Nistagmo	1	0.4
Ninguna	210	90.1
Sensitivas		
Dolor	68	29.2
Alteración de sensibilidad a la temperatura	1	0.4
Ninguna	164	70.4
Crisis convulsivas		
Ausencia	213	91.4
Presencia	20	8.6
Requiere cuidador primario		
Sí	169	72.5
No	64	27.5

Tabla 4. Deserción, alta de terapia y otras terapias

Deserción, alta y otras intervenciones	n	%
Motivo de deserción de la terapia de voz, habla y deglución	21	9
Dificultad de traslado del domicilio al hospital	21	9
Recurrencia de la enfermedad vascular cerebral	12	5.2
No cuenta con acompañante o cuidador	9	3.9
Acudió a otra institución	4	1.7
Económico	4	1.7
Abandono por pandemia de COVID-19	4	1.7
Muerte	158	67.8
No abandono o alta de terapia		
Motivo de alta de la terapia de voz, habla y deglución	65	27.9
Mejoría	39	16.7
Máximo beneficio	15	6.4
Baja voluntaria	6	2.6
Máximo tiempo institucional	108	46.4
Abandono		
Terapia física		
Sí	193	82.8
No	40	17.2
Terapia ocupacional	190	81.5
Sí	43	18.5
No		

se observó que 193 (82.8%) recibieron terapia física y 190 (81.5%) terapia ocupacional.

La media del tiempo transcurrido entre la presentación de la EVC y el inicio de terapia de lenguaje, habla y deglución fue de 8.9 ± 8.1 meses (rango: 1 a 60), y la del tiempo en terapia fue de 8.8 ± 7.0 meses (rango: 1 a 24) (Tabla 4).

Se obtuvieron resultados de la CIF en relación a la estructura y el nivel de discapacidad en cuanto a función, actividad y participación. Respecto a la estructura afectada, se observó que en ambas evaluaciones, inicial (antes de iniciar la terapia) y final (al alta o deserción), predominó el cerebro, con un 82% en la evaluación inicial y un 82.4% en la evaluación final.

En lo que respecta a función, actividad y participación, el grado de discapacidad más frecuente en la evaluación inicial fue moderada, con porcentajes del 48.5%, el 49.8% y el 49.4%, respectivamente. En la evaluación final se reportó una mayor prevalencia de discapacidad ligera, con porcentajes del 40.3%, el 40.3% y el 39.9%, respectivamente.

Se encontró una diferencia significativa en la estructura y el nivel de discapacidad en función, actividad y participación entre las evaluaciones inicial y final (Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la CIF antes de la terapia y al alta o la deserción

CIF	Inicial		Final		Significancia*
	n	%	n	%	
Estructura					p = 0.001
Cerebro	191	82	192	82.4	
Laringe	38	16.3	37	15.9	
Boca	4	1.7	4	1.7	
Función					z = 0.001
No hay deficiencia (0-4%)	-	-	17	7.3	
Deficiencia ligera (5-24%)	25	10.7	94	40.3	
Deficiencia moderada (25-49%)	113	48.5	80	34.3	
Deficiencia grave (50-95%)	95	40.8	42	18	
Actividad					z = 0.001
No hay deficiencia (0-4%)	-	-	17	7.3	
Deficiencia ligera (5-24%)	24	10.3	94	40.3	
Deficiencia moderada (25-49%)	116	49.8	80	34.3	
Deficiencia grave (50-95%)	93	39.9	42	18	
Participación					z = 0.001
No hay deficiencia (0-4%)	2	0.9	20	8.6	
Deficiencia ligera (5-24%)	25	10.7	93	39.9	
Deficiencia moderada (25-49%)	115	49.4	78	33.5	
Deficiencia grave (50-95%)	91	39.1	12	18	

*Valor P calculado con prueba de χ^2 ; valor z calculado con prueba de Wilcoxon; significancia ≤ 0.05 .

Los indicadores de calidad elaborados mostraron lo siguiente: 1) la media de tiempo para iniciar la rehabilitación fue de 8.9 meses, 2) en cuanto a la elaboración del programa de trabajo, se cumplió en el 90.1% de los casos durante las primeras 2 semanas, y 3) respecto a la oportunidad de revaloración por el área médica a los 6 meses efectivos de terapia, esta se realizó en el 81.1% de los pacientes.

Discusión

El presente estudio proporciona información valiosa sobre el proceso de atención recibido por los pacientes que ingresaron a rehabilitación por secuelas de EVC al servicio de terapia de lenguaje, habla y deglución de un hospital de tercer nivel ubicado en la Ciudad de México. A partir de la revisión de la literatura nacional e internacional, se sugiere que este trabajo es uno de los pocos que aborda de manera integral los antecedentes de la EVC, las secuelas y el proceso de atención y rehabilitación en el ámbito de la terapia del lenguaje, el habla y la deglución, desde el inicio de la intervención hasta el alta o la deserción del paciente.

Al analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, se destaca que las mujeres fueron las más afectadas (52.4% vs. 47.6%), lo cual es contradictorio con los datos del Global Burden Disease (2021)^{6,7}, que reportan mayores incidencia y prevalencia en los hombres. En el caso de México, los datos del INEGI (2019) muestran un comportamiento homólogo en la cantidad de muertes reportadas por EVC en hombres y mujeres (17,644 vs. 17,659)⁹. Considerando la similitud de estas cifras, llama la atención que en nuestro estudio fue mayor la afluencia de mujeres a rehabilitación. Esto podría explicarse por el hecho de que las secuelas en el habla y el lenguaje limitan su comunicación y, por ende, su interacción social y sus responsabilidades familiares¹⁴. Sin embargo, es importante señalar que las mujeres suelen tener resultados menos favorables en términos de recuperación funcional y calidad de vida¹⁵.

Con respecto al subtipo de EVC, los resultados son similares a lo reportado en la literatura nacional e internacional, en la que el tipo isquémico se refiere como el más usual^{5,16,17}.

La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más frecuente observada en el estudio, lo que coincide con reportes estadísticos¹⁶⁻¹⁹. Además, se encontró que tener una enfermedad como comorbilidad fue común (46.8%); sin embargo, no se encontró evidencia de asociación entre la cantidad de enfermedades y el nivel de discapacidad al egreso de la terapia.

Considerando que la comorbilidad tiene un papel prioritario, como parte de las estrategias de prevención de la EVC la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la importancia de reducir los factores de riesgo asociados, como la hipertensión, la diabetes, la hiperlipidemia, el tabaquismo, la baja actividad física, la dieta poco saludable y la obesidad abdominal¹⁷.

Un hallazgo relevante fue que el 42.1% de los pacientes fueron referidos por hospitales de segundo nivel, circunstancia que retrasó el inicio de la intervención e impactó negativamente en la oportunidad de recibir atención temprana. La literatura respalda la importancia de la intervención terapéutica precoz y bien dirigida²⁰⁻²⁵ en todas las etapas de la recuperación^{26,27}, cuidando de identificar previamente las dificultades que pueda presentar el paciente (motrices, de lenguaje, de habla, disfagia, cognitivas, sensoriales, visuales, del estado de ánimo, etc.)^{20,26,28}, siendo necesario establecer unas adecuadas planeación y

programación de la rehabilitación²⁰ desde una perspectiva estructurada y multidisciplinaria con intervenciones específicas para cada uno de los trastornos^{20,29}. La rehabilitación debe ser planificada de manera multidisciplinaria, integrando especialistas en terapia en comunicación humana, fisioterapia, neuropsicología y psicología²⁹.

En cuanto a las secuelas de la comunicación, la afasia fue la más prevalente, en el 66.9%^{25,30}, superando las cifras reportadas en otros estudios^{27,31}. La disfagia la siguió en frecuencia con un 32.6%, lo que resalta la necesidad de una intervención inmediata para disminuir la gravedad y reducir las complicaciones, ya que está bien documentado que se asocia con un incremento de la mortalidad, una mayor dependencia y una duración más larga de la estancia hospitalaria³². Por otra parte, la disartria también fue significativa, presentándose en el 17.2% de los casos; cabe destacar que se ha descrito que esta condición puede persistir hasta en un tercio de los pacientes²⁷. De tal manera, es prioritario enfatizar que la atención oportuna es imprescindible para el establecimiento de estrategias compensatorias en los pacientes²⁸ que les aseguren una mejor calidad de vida.

También es trascendental considerar las secuelas relacionadas con la salud mental, ya que el estado emocional del paciente influye en su recuperación²³. Está bien descrito que los síntomas de depresión pueden obstaculizar el beneficio de la rehabilitación²³ y la adherencia al tratamiento³³; la escasez de servicios de psicología en el proceso de rehabilitación puede limitar el manejo adecuado de estas secuelas²⁷.

La OMS reconoce que la rehabilitación es un componente clave de cobertura sanitaria universal dirigida a mejorar la calidad de vida y la independencia del paciente¹⁴. Los hallazgos de diversos estudios han identificado factores pronósticos que se relacionan con la rehabilitación, destacando la extensión, el sitio y la gravedad de la lesión^{22,29}. Así mismo, se resalta la importancia del inicio precoz de la intervención terapéutica^{12,21,23}.

La recuperación es un proceso complejo que depende en gran medida de la combinación de factores que favorecen la recuperación espontánea, y también de la intervención de mecanismos relacionados con el aumento de la neuroplasticidad que ocurre poco después de producirse la lesión^{31,32}. Tiene que ver con la forma en que el cerebro se transforma y se adapta a los cambios ambientales mediante la formación de nuevas conexiones neuronales^{23,34}, ya sea por la recuperación temprana del flujo sanguíneo

o por otros mecanismos de recuperación tisular^{27,31}, mientras que las etapas posteriores de la recuperación dependen de la reorganización de las redes neuronales, así como de mecanismos compensatorios²⁷, permitiendo al cerebro ajustarse al aprendizaje, la memoria, los cambios ambientales y la rehabilitación después de una lesión cerebral³⁴.

La neurorrehabilitación se centra en mejorar las habilidades a través de estrategias terapéuticas que promueven la compensación y la restitución de funciones^{27,28}. La intensidad del tratamiento también desempeña un papel relevante^{20,21,35}; en este sentido, en nuestro estudio, los pacientes recibieron un promedio de 8.8 meses de terapia, alineándose con lo recomendado en la literatura^{12,35}.

Al analizar las características del proceso terapéutico, se encontró que los principales motivos por los cuales los pacientes abandonaron la terapia fueron dificultades para trasladarse al hospital y recurrencias de la EVC¹⁷. Por otra parte, cabe destacar que la red de apoyo, en particular el cuidador primario, es esencial para la adherencia al tratamiento; sin embargo, en la literatura se ha reportado que su disponibilidad tiende a disminuir con el tiempo³³.

El periodo promedio entre la EVC y el inicio de terapia fue de 8.9 meses, superando el lapso ideal recomendado²²⁻²⁸. Esto indica la necesidad de agilizar los procesos de referencia para asegurar un inicio inmediato de la rehabilitación. Cabe destacar que, a pesar de que los pacientes alcanzan una meseta en su recuperación entre los 3 y 6 meses tras la EVC, las intervenciones en la fase crónica también pueden ser beneficiosas²⁶.

En cuanto a la efectividad de la terapia, la CIF mostró que la intervención terapéutica fue beneficiosa para los pacientes, evidenciando una disminución de la gravedad de la discapacidad.

Finalmente, los indicadores de atención revelaron áreas de oportunidad en el proceso terapéutico, destacando la importancia de iniciar la rehabilitación en los primeros 6 meses, la creación de programas de terapia en las primeras 2 semanas y la revaloración por el área médica a los 6 meses efectivos de terapia. Estos hallazgos ofrecen una visión integral sobre el proceso de atención en estos pacientes y resaltan la necesidad de mejorar la efectividad de la rehabilitación.

Conclusiones

Se logró identificar que el proceso de atención en la rehabilitación de pacientes con secuelas de

lenguaje, habla y deglución, secundarias a EVC, en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, es perfectible.

Se detectaron oportunidades de mejora, entre las cuales la más relevante es el tiempo que transcurre entre el establecimiento de la EVC y el inicio de la terapia, por lo que sería primordial que la referencia al tercer nivel de atención se llevara a cabo inmediatamente después de la superación de la fase aguda. La rehabilitación temprana impactaría en la disminución de la gravedad de la discapacidad al egreso de la terapia.

Garantizar el cumplimiento de la elaboración de programas de intervención en las primeras 2 semanas y la revaloración médica a los 6 meses efectivos de terapia mejoraría los indicadores de calidad de atención del hospital.

Aun cuando la referencia al hospital de tercer nivel ha sido tardía, la atención y la intervención terapéutica dirigidas a la rehabilitación de los trastornos del lenguaje, del habla y de la deglución de estos pacientes favorecieron la disminución del grado de discapacidad relacionada con la función, la actividad y la participación.

Los estudios de estas características aportan evidencia para impulsar la creación de guías clínicas y de una Norma Oficial Mexicana que marque las directrices del proceso de atención y garantice la atención oportuna y el éxito en la rehabilitación.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados, por lo que no fue necesario el consentimiento informado. Se han seguido las recomendaciones pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Arauz A, Ruiz-Franco A. Enfermedad vascular cerebral. Rev Fac Med UNAM. 2012;55:11-21.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. Junio 2010. (Consultado el 30-10-2024.) Disponible en: <http://resource.nlm.nih.gov/101609293>.
3. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación. Las 10 principales causas de defunción. 9 de diciembre de 2020. (Consultado el 26-11-2024.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
4. Vázquez-Guimaraens M, Caamaño-Ponte JL, Seoane-Pillado T, Cudeiro J. Factors related to greater functional recovery after suffering a stroke. Brain Sci. 2021;11:802.
5. Global Burden Disease. Ischaemic stroke — Level 4 cause. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-ischemic-stroke-level-4-disease>.
6. Global Burden Disease. Intracerebral haemorrhage — Level 4 cause. Disponible en: <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-intracerebral-hemorrhage-level-4-disease>.
7. Feigin VL, Owolabi MO; World Stroke Organization — Lancet Neurology Commission Stroke Collaboration Group. Pragmatic solutions to reduce the global burden of stroke: a World Stroke Organization — Lancet Neurology Commission. Lancet Neurol. 2023;22:1160-206.
8. Poder Legislativo Federal, Comisión Permanente. Dictamen sobre el punto de acuerdo por el que se exhorta a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a realizar las gestiones necesarias para incluir en el Catálogo Universal de Servicios de Salud el tratamiento de la enfermedad vascular cerebral. 2019. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/permanente/pdfs/dictamenes/tercera/Dictamen_Tercera_Comision-Martes-11-Junio-2019-1384.pdf.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de defunciones registradas 2019. INEGI; 2020. (Consultado el 26-11-2024.) Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_registradas_2019_nota_tecnica.pdf.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (preliminar). INEGI; 24 de enero de 2023. [(Consultado el 26-11-2024.) Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>].
11. Feigin VL, Barker-Collo S, McNaughton H, Brown P, Kerse N. Long-term neuropsychological and functional outcomes in stroke survivors: current evidence and perspectives for new research. Int J Stroke. 2008;3:33-40.
12. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(6):CD000425.
13. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. OMS; 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/2230/CIF_OMS.pdf.
14. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación. 22 de abril de 2024. (Consultado el 16-10-2024.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
15. Gargano JW, Reeves MJ; Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. Stroke. 2007;38:2541-8.
16. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Neurol. 2021;20:795-820.
17. Cruz C, Campuzano-Rincón JC, Calleja-Castillo JM, Hernández-Álvarez A, Parra MD, Moreno-Macias H, et al. Temporal trends in mortality from ischemic and hemorrhagic stroke in Mexico, 1980-2012. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26:725-32.
18. Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Forbes S, Burvill PW, Anderson CS, et al. Five-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study. Stroke. 2000;31:2080-6.
19. Purroy F, Montalà N. Epidemiology of stroke in the last decade: a systematic review. Rev Neurol. 2021;73:321-36.
20. Teasell RW, Foley NC, Bhogal SK, Speechley MR. An evidence-based review of stroke rehabilitation. Top Stroke Rehabil. 2003;10:29-58.
21. Dworzynski K, Ritchie G, Playford ED. Stroke rehabilitation: long-term rehabilitation after stroke. Clin Med (Lond). 2015;15:461-4.

22. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. *Lancet Neurol.* 2004;3: 528-36.
23. Belagaje SR. Stroke rehabilitation. *Continuum.* 2017;23:238-53.
24. Devesa GI, Mazadiego GME, Hernández HMAB, Mancera CHA. Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC). *Rev Mex Med Fis Rehab.* 2014;26:94-108.
25. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirtan A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke.* 2016;11:459-84.
26. Teasell RW, Murie Fernández M, McIntyre A, Mehta S. Rethinking the continuum of stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95:595-6.
27. Mattioli F. The clinical management and rehabilitation of post stroke aphasia in Italy: evidences from the literature and clinical experience. *Neurol Sci.* 2019;40:1329-34.
28. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet.* 2011;377:1693-702.
29. Platz T. Evidence-based guidelines and clinical pathways in stroke rehabilitation — An anternational perspective. *Front Neurol.* 2019;10:200.
30. Plowman E, Hentz B, Ellis C Jr. Post-stroke aphasia prognosis: a review of patient-related and stroke-related factors. *J Eval Clin Pract.* 2012;18:689-94.
31. Aguirre-Cruz L, Sánchez AIL, Rendón AL. Bases neuroanatómicas del lenguaje y afasia secundaria a enfermedad vascular cerebral. *Ictus.* 2022;3:e03132203013.
32. Jones CA, Colletti CM, Ding MC. Post-stroke dysphagia: recent insights and unanswered questions. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2020;20:61.
33. Yao M, Chen J, Jing J, Sheng H, Tan X, Jin J. Defining the rehabilitation adherence curve and adherence phases of stroke patients: an observational study. *Patient Prefer Adherence.* 2017;11:1435-41.
34. Lv S, Yang N, Lu Y, Zhang G, Zhong X, Cui Y, et al. The therapeutic potential of traditional Chinese medicine in depression: focused on the modulation of neuroplasticity. *Front Pharmacol.* 2024;15:1426769.
35. Cherney LR, Patterson JP, Raymer A, Frymark T, Schooling T. Evidence-based systematic review: effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. *J Speech Lang Hear Res.* 2008;51:1282-99.