

DOI: <https://doi.org/10.33881/IBR0098>

LA FONOAUDIOLOGÍA COMO PRIMER RESPONDIENTE DEL ACV

UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA CLÍNICA

LAURA CAMILA BEJARANO PEÑALOZA
LAURA CAMILA GARCÍA PINEDA
ANA SOFÍA ESCOBAR SIERRA
FRANCISCO MANUEL HERNÁNDEZ PARRA.



Contenido

INTRODUCCIÓN

CONTEXTUALIZACIÓN

ROL DEL FONOAUDIÓLOGO

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

3

4

5

7

8

Introducción

El abordaje inicial del accidente cerebrovascular (ACV) representa uno de los retos más significativos para quienes se forman en el campo de la fonoaudiología. Llegar a un escenario hospitalario y enfrentarse a una condición neurológica de inicio súbito exige no solo bases teóricas sólidas, sino también la capacidad de interpretar, en cuestión de minutos, los cambios que comprometen funciones comunicativas, en este contexto, el cerebro se vuelve especialmente vulnerable, y cada decisión clínica adquiere un peso determinante en el pronóstico del paciente.

Desde esta perspectiva, la participación del fonoaudiólogo en la fase aguda deja de ser un proceso secundario para convertirse en un componente indispensable dentro de la ruta de atención. La valoración temprana permite identificar alteraciones que pueden pasar desapercibidas para otros profesionales, como las dificultades para tragar de manera segura o los primeros signos de una alteración en el lenguaje. a prevención de complicaciones mayores.

Atender a una persona que acaba de experimentar un ACV implica involucrarse en un entorno donde la observación detallada, la comunicación efectiva y la comprensión del estado neurológico se convierten en herramientas esenciales. Las prácticas permiten comprender que la fonoaudiología no actúa de manera aislada, sino como parte de un equipo interdisciplinar que busca garantizar la seguridad y el bienestar del paciente desde los primeros momentos.

Este documento presenta la atención inicial del ACV desde la mirada fonoaudiológica, integrando la experiencia en práctica con los fundamentos clínicos que orientan la intervención. A partir de esta vivencia, se propone reconocer la importancia de una actuación oportuna, coordinada y fundamentada en la evidencia, entendiendo que cada intervención temprana abre una puerta a mejores posibilidades de recuperación y continuidad del cuidado.

Contextualización



tivas, del lenguaje y de la deglución que cambian la vida del paciente y también de su familia (Olmos, Et al. (2020)).

En Colombia se evidencia esta realidad, donde el ACV ocupa los primeros lugares entre las causas de enfermedad, discapacidad y mortalidad, representando un desafío enorme para el sistema de salud (Asociación Colombiana de Neurología [ACN], 2024). Un estudio realizado en Bogotá mostró que, en promedio, los pacientes tardan alrededor de siete horas en recibir atención tras el inicio de los síntomas, un tiempo que impide acceder a tratamientos como la trombólisis y aumenta el riesgo de secuelas permanentes (González, Santos & Yepes, 2025). Frente a esta situación, el Protocolo Colombiano de Atención del ACV propone acciones claras, como la estrategia educativa CORRE (+), que enseña a reconocer señales de alarma como cara desviada, pérdida de visión, debilidad repentina, dificultad para hablar o problemas de equilibrio, y a llamar de inmediato a los servicios de emergencia. Este mismo protocolo también organiza la atención por fases: la primera hora, crítica para tomar imágenes y decidir si el paciente es candidato a reperfusión; las primeras 24 a 72 horas, centradas en evitar complicaciones; y una fase posaguda después de las 72 horas, donde la rehabilitación toma un papel clave (ACN, 2024).

En Bogotá, desde la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, de la cual hace parte el Hospital Occidente de Kennedy, se trabaja bajo estos lineamientos. Allí, cuando se activa un código

ACV, se moviliza un proceso rápido que incluye la valoración inicial, la toma urgente de neuroimágenes y la aplicación de escalas como el NIHSS, permitiendo una intervención oportuna. Sin embargo, persisten desafíos donde pocos pacientes acceden a rehabilitación temprana, algo que influye negativamente en

su recuperación a los 90 días (González, Santos & Yepes, 2025). Esto demuestra que, aunque se han dado pasos importantes, es necesario seguir fortaleciendo la ruta de atención y la articulación entre instituciones para ofrecer una respuesta más oportuna y efectiva a quienes viven un ACV en Bogotá y en el país

Rol del Fonoaudiólogo

El Fonoaudiólogo desempeña un papel fundamental como primer respondiente en el tratamiento de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), especialmente en la detección temprana y el tratamiento de secuelas relacionadas con la deglución, el lenguaje y el habla. Estas comorbilidades representan las secuelas más comunes de discapacidad en usuarios que han sufrido un accidente cerebrovascular, por esto mismo requieren una intervención inmediata y especializada para prevenir complicaciones graves y promover una recuperación funcional más efectiva. Entre las principales consecuencias que pueden presentarse en un usuario con ictus se encuentran la disfagia orofaríngea, trastornos del lenguaje como la afasia y problemas de articulación del habla como la disartria. La disfagia es uno de los trastornos más comunes en pacientes después de un ictus

Según estudios recientes de Song et al. (2024), aproximadamente el 50% de los pacientes que sufren un ictus grave presentan trastornos de la deglución. Este trastorno no sólo afecta la capacidad de comer y beber de forma segura, sino que aumenta el riesgo de neumonía por as-

piración, dos complicaciones potencialmente mortales.

La intervención temprana por parte del fonoaudiólogo es fundamental para realizar una evaluación precisa de la deglución en las primeras horas de pos ACV, utilizando herramientas como la valoración clínica de volumen-viscosidad, que permite identificar riesgos y crear un plan de manejo adecuado (Mancin et al., 2024). El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pueden reducir las complicaciones respiratorias y mejorar la calidad de vida del paciente al evitar la desnutrición y la deshidratación, muchas veces causadas por una deglución inadecuada.

Si bien la disfagia es un problema común, los trastornos del lenguaje y del habla suelen ser igualmente comunes y requieren atención inmediata. La afasia, un trastorno que afecta la capacidad de comprender y producir el lenguaje, es una de las consecuencias más graves de un ACV. Se estima que entre el 30% y el 40% de los pacientes con ictus presentan algún tipo de afasia (Fridriksson & Hillis, 2021; Hilari, 2021). El manejo adecuado de la afasia es fundamental porque afecta no solo a la comunicación verbal, sino también a la capacidad del paciente



para participar en su proceso de rehabilitación.

Según Roberts et al. (2021), la intervención Fonoaudiológica en las primeras horas tiene un impacto significativo en la recuperación del lenguaje, ya que permite iniciar los objetivos de rehabilitación centrados en el lenguaje de forma intensiva desde el principio, aumentando las posibilidades de recuperar las habilidades lingüísticas necesarias. La evaluación temprana con pruebas específicas, como el Test de Boston o baterías validadas, permite clasificar el tipo y grado de afasia, facilitando la implementación de estrategias de tratamiento adecuadas, como la rehabilitación intensiva en la fase aguda.

Además de la afasia, otro trastorno común del habla es la disartria, que afec-

ta la articulación de las palabras debido a la debilidad o falta de coordinación en los músculos responsables del habla. La disartria es particularmente común en pacientes con daño cerebral motor y su gravedad varía desde dificultades articulatorias leves hasta una incapacidad total para producir un habla inteligible.

Según revisiones recientes sobre disartria post-ACV (Chiaramonte et al., 2020; BMC Neurology, 2022), el tratamiento de la disartria requiere un enfoque personalizado que incluya ejercicios de fortalecimiento muscular y técnicas para mejorar la coordinación de los movimientos. En tales casos, la intervención fonoaudiológica es oportuna y fundamental para mejorar la inteligibilidad del habla y garantizar una mejor interacción y participación social del usuario.

El tratamiento temprano no sólo favorece la recuperación funcional, sino que también mejora la confianza del paciente, permitiéndole participar activamente en su entorno y reducir el aislamiento social. Como primer respondiente, el fonoaudiólogo debe estar presente desde las primeras horas después de un accidente cerebrovascular para no solo abordar la disfagia sino también evaluar los cambios en el lenguaje y el habla. Esto requiere la participación activa de un equipo multidisciplinario que garanticen que el manejo de la deglución, el lenguaje y la comunicación se aborde de manera integral.

Las guías clínicas y revisiones recientes enfatizan la importancia del cribado y la evaluación temprana de la disfagia y los trastornos de la comunicación en la fase aguda, ya que la velocidad de intervención está directamente relacionada con una recuperación más rápida y mejores resultados funcionales (ESSD White Paper, 2021; Mancin et al., 2024).

El fonoaudiólogo trabaja como parte de un equipo de emergencia que ayuda a reducir el riesgo de complicaciones graves y mejora la calidad de vida del usuario al reducir la duración de hospitalización y la necesidad de tratamientos más complejos y costosos a largo plazo.

Conclusiones

La experiencia que se adquiere cuando los estudiantes se enfrentan a la atención inicial del accidente cerebrovascular (ACV) permite comprender, desde una vivencia directa, la magnitud del reto que enfrenta el fonoaudiólogo en escenarios clínicos. Estar frente a un paciente en fase aguda evidenció que la teoría, aunque fundamental, solo adquiere sentido cuando se complementa con las necesidades reales que surgen en un entorno donde el tiempo, la precisión y la observación clínica son determinantes para la estabilidad del paciente.

A partir de esta práctica, se hizo evidente que la participación del fonoaudiólogo es un componente indispensable de la ruta de atención. La posibilidad de identificar de manera temprana alteraciones comunicativas y alimentarias, reafirmando la importancia de una evalua-

ción oportuna que contribuya a prevenir complicaciones mayores. Asimismo, se reconoció el valor del trabajo interdisciplinario, donde cada profesional aporta una mirada complementaria encaminada a garantizar la seguridad, el bienestar y la atención integral del paciente.

Del mismo modo, la práctica permitió comprender las dinámicas reales del sistema de salud, donde persisten barreras en el acceso a la rehabilitación temprana, tiempos prolongados de atención inicial y la necesidad de fortalecer aún más la articulación entre servicios.

Por último, esta experiencia reafirmó que la fonoaudiología en la fase aguda del ACV no solo implica la aplicación de conocimientos técnicos, sino también la capacidad de acompañar situaciones de alta vulnerabilidad. Cada paciente representó una oportunidad para consolidar

competencias, fortalecer la identidad profesional y entender que una intervención temprana, coordinada y fundamentada en la evidencia puede abrir camino a mejores posibilidades de recuperación. De esta manera, la práctica se convier-

te en un espacio formativo esencial que brinda herramientas para construir un ejercicio profesional responsable, sensible y comprometido con la calidad del cuidado.

Referencias

Águila Carrión, L. J., Cando Castanier, P. J., Eraso Uquillas, D. L., Flores Albán, M. A., & Martínez Santander, C. J. (2025). Prevalencia y manejo de accidentes cerebrovasculares isquémicos a nivel de Latinoamérica. *Revista Finlay*, 15. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1463>

Alessandro, Lucas, Olmos, Lisandro E, Bonamico, Lucas, Muzio, Diana M, Ahumada, Martina H, Russo, María Julieta, Allegri, Ricardo F, Gianella, Matias G, Campora, Horacio, Delorme, Ricardo, Vescovo, Maria Esther, Lado, Vanina, Mastroberti, Lilliana R, Butus, Ayelen, Galluzzi, Hugo D, Décima, Graciela, & Ameriso, Sebastian F. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(1), 54–68.

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008&lng=es&tlng=es

Balcerak, P., Corbiere, S., Zubal, R., & Kägi, G. (2022). Post-stroke dysphagia: prognosis and treatment systematic review of RCTs on interventional treatments for dysphagia following subacute stroke. *Frontiers in Neurology*, 13:823189. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.823189>

Bohórquez, J. C. G., Yate, J. D. S., Pabón, S. Y., Rivera, S. F. F., Alvarado, J. P., & Aguirre, F. M. U. (2025). Secuelas del accidente cerebrovascular en pacientes de un hospital colombiano. *Revista Salud Bosque*, 15(1), 1–19. <https://doi.org/10.18270/rsb.4771>

Chiaromonte, R., Pavone, P., & Vecchio, M. (2020). Speech rehabilitation in dysarthria after stroke: a systematic review of the studies. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434313/>

Del-Valle, H., & Gómez, L. (2018). Caracterización de la terapia del lenguaje en pacientes con accidente cerebrovascular en Sincelejo [Tesis de pregrado, Universidad de Sucre]. Repositorio Institucional Universidad de Sucre.

<https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstreams/f74c15d8-c0be-42c8-8b3f-c87e588a97cc/download>

Fridriksson, J., & Hillis, A. E. (2021). Current approaches to the treatment of post-stroke aphasia. *Journal of Stroke*, 23(2), 183–201. <https://www.j-stroke.org/upload/pdf/jos-2020-05015.pdf>

Hilari, K. (2021). Psychosocial impact and prevalence estimates related to aphasia after stroke. *Neuropsychological and rehabilitation literature*.

<https://openaccess.city.ac.uk/26360/1/09638288.2021.pdf>

Mancin, S., Sguanci, M., Reggiani, F., Morengi, E., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2024). Dysphagia screening post-stroke: systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/spcare-2022-004144>

Matos, K. C., de Oliveira, V. F., de Oliveira, P. L. C., et al. (2022). Combined conventional speech therapy and functional electrical stimulation in acute stroke patients with dysphagia: a randomized controlled trial. *BMC Neurology*, 22, 231. <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02753-8>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años (Guía No. 54). Colciencias.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-ataque-cerebro-vascular-isquemico.pdf>

Paik, N.-J., & Kim, W.-S. (2021). Recovery of swallowing. In T. Platz (Ed.), *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations*. NCBI Bookshelf. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58505-1_6

Roberts, S., Bruce, R. M., Lim, L., et al. (2021). Better long-term speech outcomes in stroke survivors who received early clinical speech and language therapy: What's driving recovery? *Neuropsychological Rehabilitation*, 32(9), 2319–2341. <https://doi.org/10.1080/09602011.2021.1944883>

Song, W., Wu, M., Wang, H., Pang, R., & Zhu, L. (2024). Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1403610>

Speyer, R., Cordier, R., Farneti, D., et al. (2021). White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and non-instrumental assessment for dysphagia in adults. *Dysphagia*, 37, 333–349. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10283-7>

Vista de Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Colombia: 30 años de observación. *Acta Neurológica Colombiana*. (2021). <https://www.actaneurologica.com/index.php/anc/article/view/1065/433>

Fuente de Imágenes, <https://www.shutterstock.com>

Laura Camila Bejarano Peñaloza
Ana Sofía Escobar Sierra
Francisco Manuel Hernández Parra
Estudiante Programa de Fonoaudiología
Facultad de Ciencias de la Salud
Corporación Universitaria Iberoamericana

Laura Camila García Pineda
Docente Programa de Fonoaudiología
Facultad de Ciencias de la Salud
Corporación Universitaria Iberoamericana