



FIRMA
INVITADA
**EDUARDO
MARTÍNEZ
VILA**

Ictus, daño cerebral y unidades de neurorrehabilitación



EL ICTUS representa en los países desarrollados uno de los condicionantes más importantes de incapacidad permanente en el adulto y la segunda causa de muerte en la población (la primera en las mujeres). Las repercusiones a nivel personal, familiar, social, sanitario y económico del ictus son de primera magnitud. Si, además, se tiene en cuenta que las tres cuartas partes de los ictus acontecen en mayores de 65 años, no es de extrañar que se considere al ictus como una auténtica “epidemia”.

Los ictus son la consecuencia de un trastorno de la circulación sanguínea en el cerebro y se producen por la obstrucción del flujo sanguíneo en una arteria (trombosis, embolia), lo que origina un infarto, o por la rotura de una arteria, dando lugar a una hemorragia o derrame cerebral. De todos los ictus, aproximadamente el 75% son infartos y el 25% hemorragias cerebrales. De los supervivientes a la fase aguda del ictus, alrededor del 60% quedarán con secuelas incapacitantes y requerirán ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Sin embargo, en las dos últimas décadas los avances experimentados en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos y factores etiopatogénicos de los distintos tipos de ictus, en las medidas de prevención primaria y secundaria, en técnicas diagnósticas más precisas, incruentas y de aplicación más precoz, y en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas terapéuticas no farmacológicas, pueden considerarse espectaculares. El ictus es una urgencia médica, en donde cada minuto que pasa las posibilidades de recuperación se reducen. La afirmación de que “el tiempo es cerebro”, adquiere cada vez mayor relevancia, y ello es aplicable en consonancia con los avances farmacológicos, técnicas endovasculares y desarrollo de las Unidades de Ictus (la Clínica es una de las pioneras en nuestro país).

En la actualidad, no solo es posible reducir la frecuencia del ictus, sino también modificar su historia natural y mejorar los déficit neurológicos producidos. La incorporación de nuevas posibilidades terapéuticas es cada vez más significativa y abre un área importantísima donde poder actuar de forma muy

eficaz, para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Este avance se pone de manifiesto en el campo de la neurorrehabilitación, que a través de un conjunto de métodos aprovecha la plasticidad cerebral para recuperar aquellas funciones neurológicas perdidas o disminuidas como consecuencia de un daño cerebral. Esta nueva subespecialidad precisa de un equipo multidisciplinar donde el neurólogo debe formar parte activa del mismo, pues su conocimiento de la neuroanatomía, fisiopatología y la plasticidad cerebral le sitúan en una posición ideal para establecer mejoras en la orientación diagnóstica, pronóstica y terapéutica, así como para desarrollar nuevas y más efectivas técnicas para optimizar el control motor y las habilidades cognitivas. Además de neurólogo y médico rehabilitador, el equipo debe contar con fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, neuropsicólogo y trabajador social. Según el caso, podrá ser necesario requerir la participación de otros especialistas como psiquiatras, otorrinolaringólogos, neurocirujanos, neumólogos, traumatólogos y ortopedas, etc.

La organización de los diferentes tipos de unidades de neurorrehabilitación generan resultados que apuntan en la misma dirección, aunque con magnitudes diferentes, lo que lleva a pensar que la organización y el funcionamiento de las unidades de neurorrehabilitación pueden modificar los resultados del tratamiento neurorrehabilitador. Si se comparan los datos de diferentes sistemas sanitarios, se pueden encontrar aspectos que justificarían al menos parte estas diferencias, como un ingreso más precoz en la unidad, un tratamiento más intenso y específico, así como la existencia de unidades de neurorrehabilitación ambulatoria bien estructuradas y sin esperas.

Parece oportuno tender hacia un diseño de tratamiento neurorrehabilitador que consiga la mayor reducción de la discapacidad de los pacientes, y una menor duración de la estancia hospitalaria, con la consiguiente disminución del gasto sanitario. Evidentemente es complicado instaurar un sistema que asegure el tratamiento perfecto, pero es deber de todos conocer cuáles son las condiciones ideales para la recuperación del daño cerebral y tender hacia ellas.

El doctor Eduardo Martínez-Vila es director del Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra.