

TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

La lesión cerebral adquirida es un problema de salud importante no sólo por ser causa de mortalidad sino porque constituye el principal origen de discapacidad del adulto en países industrializados.

El daño cerebral de origen traumático es la primera causa de morbi-mortalidad en los adultos jóvenes. En el 80% de los casos, el motivo de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son los accidentes de tráfico. Predomina en individuos jóvenes con larga perspectiva de vida en quienes la lesión incide de una manera puntual e inesperada cambiando totalmente su vida y repercutiendo también en su entorno.

Los estudios epidemiológicos, dependiendo de las fuentes, aportan una disparidad de cifras pero todos pretenden destacar el impacto de estos procesos a nivel sanitario, económico y social¹.

El TCE es la primera causa de mortalidad y de discapacidad en el adulto joven >20 años, con una incidencia anual entre 180-281-295 / 100.000 habitantes. Entre el 15-20% de los TCE graves presentan déficit severos y el 1-2% permanecen en estado vegetativo a los seis meses de la lesión^{2,3}.

Anualmente 700.000 personas presentan un TCE en USA, de ellos, el 10-12% presentan algún tipo de discapacidad⁴.

Es difícil encontrar datos epidemiológicos de las consecuencias del TCE en España ya que las cifras obtenidas aportan más información sobre mortalidad que sobre secuelas. Anualmente se producen entre 25.000 y 100.000 nuevos casos de TCE registrándose una mortalidad de 5.000 personas⁵ y de 2.000 a 4.000 pierden independencia funcional y presentan déficits importantes⁶.

Los avances tecnológicos y la mejora en la atención desde el momento del accidente ha determinado una mayor supervivencia de los pacientes con lesiones graves y, por tanto, de personas con mayor afectación.

El TCE se caracteriza por ser una lesión que provoca pérdida de conciencia de sí mismo y del entorno, seguido de un periodo de coma –periodo de inmovilización, la posterior aparición de déficit y finalmente de una pérdida de memoria temporal denominada amnesia post-traumática.

La lesión cerebral causa en estos pacientes una serie de déficits neuromotrices, cognitivos y neuropsicológicos y/o sensoriales que determinan diversas discapacidades y que les condicionan una situación de minusvalía. Esta asociación prácticamente constante de déficit neuromotrices y psicológicos y conductuales confieren a estos pacientes unas características especiales y, en general, poco conocidas por tratarse de una patología relativamente nueva puesto que hace unas décadas estos pacientes no sobrevivían⁷.

Esta situación repercute en el paciente y en su familia y requerirá la adaptación de todos a las consecuencias de la lesión.

Para determinar las necesidades de atención integral de estos pacientes y los costes de la misma sería imprescindible disponer de estudios que describan los factores con valor pronóstico funcional a corto, medio y largo plazo. Se han intentado confeccionar bases de datos para demostrar la efectividad y el coste-eficiencia de los programas de rehabilitación y de los resultados obtenidos⁸⁻¹⁰. Asimismo, proporcionan información de organización del tratamiento y cuidado de las personas afectas de TCE definiendo quien, cómo, dónde y cuanto tiempo deben recibir tratamiento.

Durante el periodo inicial, los recursos sanitarios se dirigen fundamentalmente a conseguir la menor tasa de mortalidad posible así como, el menor grado de discapacidad. Posteriormente se trata de obtener la máxima capacidad global considerando los déficits presentes y compensando la discapacidad.

Los trastornos psíquicos son los más invalidantes pero en la fase inicial del despertar son los trastornos neuromotrices los más evidentes, por tanto, la Medicina de Rehabilitación debe asumir

la complejidad de los déficit y elaborar un programa terapéutico individualizado que contemple todas las necesidades en cada momento.

La implicación progresiva de todos los profesionales del equipo multidisciplinario para desarrollar el programa terapéutico debe ser coordinado por el médico rehabilitador. Es importante incluir a la familia como apoyo en el proceso terapéutico.

El tratamiento rehabilitador tiene como objetivo conseguir la máxima capacidad física, cognitiva y social para que la persona afectada de TCE pueda llegar al mayor nivel de reinserción posible.

Debe empezar ya en el período agudo para evitar complicaciones e ir adaptándose y modificándose según cada etapa evolutiva hasta llegar a la fase de estabilización y/o de secuelas definitivas.

La Medicina de Rehabilitación actúa como soporte ya desde el período agudo pasando a hacerse cargo del manejo integral del paciente en el período subagudo.

El tratamiento rehabilitador de estos pacientes desborda completamente la reeducación estrictamente motriz convirtiéndose en un tratamiento global que incluye tanto la reeducación de los déficit como las medidas de adaptación a la nueva situación, promoviendo su reinserción.

En España hay diferentes modalidades de atención según los hospitales cuenten o no con Servicios de Rehabilitación que puedan asumir a pacientes de esta tipología.

En nuestro país, desde la década de los 80 en que se inició la sistematización de la atención de las urgencias, y se crearon las unidades de neurotrauma, cada vez se han ido dedicando más recursos para el diagnóstico y atención temprana de los lesionados. Todo ello ha determinado que, en general, los hospitales de nivel terciario puedan equipararse a los del resto de comunidades del mundo occidental.

Estos avances en la atención inmediata, sobre todo en los TCE, ha mejorado la supervivencia, reduciéndose la mortalidad en los casos graves de un 36% a un 30%. Ello presupone una supervivencia de pacientes más severos que precisan mayores recursos a medio y largo plazo.

Sin embargo, esta dedicación de recursos no ha sido paralela en la atención de las fases más tardías de las secuelas tanto en el tratamiento rehabilitador como en cubrir las necesidades sociales que la comunidad debe atender en estas personas. A pesar de ello en las últimas décadas, en la especialidad de rehabilitación se han ido constituyendo unidades de atención multidisciplinar que intentan realizar un tratamiento integral.

Cuando finaliza la etapa de hospitalización se plantean las graves carencias en nuestro medio de medidas de soporte domiciliario que implican la sobrecarga de las familias para asumir al paciente. La alternativa temporal o definitiva del retorno a domicilio es muy limitada dada la escasez de centros adecuados para la población afectada de TCE.

Cuando finaliza la etapa de tratamiento, el proceso rehabilitador se encuentra ante una nueva dificultad que consiste en orientar al paciente a centros adecuados para completar su reinserción laboral u ocupacional. La escasez de estos recursos implica la sustitución de esta etapa por una prolongación indefinida de medios terapéuticos.

Todavía no existe un modelo uniforme que determine los requisitos mínimos que se deben cumplir y debe recibir una persona afectada de daño cerebral adquirido. Este modelo debería ser consensuado por todos los equipos que trabajan en este campo de la misma forma que los han adoptado en otros países. En la literatura encontramos acuerdos en las conferencias de consenso en varios países: Italia, USA y Francia⁸⁻¹⁰, que son útiles para encontrar un lenguaje común de recogida de datos a la vez que se establecen las pautas necesarias para cada momento evolutivo. En nuestro medio, sólo disponemos de una primera fase de un estudio multicéntrico sobre el daño cerebral adquirido, que se presentó en el 40 Congreso de la SERMEF, iniciado en febrero 2002, que pretende detectar la población asistida, los recursos humanos y materiales existentes y evaluar las necesidades como primera etapa para establecer las líneas generales de atención de esta patología¹¹.

Es indudable que la alta incidencia y morbilidad de una de las dos principales causas de lesión cerebral adquirida obliga a considerar la atención de estos pacientes dentro de la planificación hospitalaria tanto en la fase aguda y subaguda del proceso como en la de secuelas. De acuerdo con Villarino y el grupo de trabajo de rehabilitación del daño cerebral para optimizar los recursos, sería imprescindible elaborar una guía de práctica clínica consensuada con todos los Servicios de Rehabilitación que atienden el daño cerebral de origen traumático¹¹.

Todavía falta mucho para convencer a nuestra sociedad de que si se destinan recursos para reanimar a los pacientes que presentan un proceso neurológico, es imperativo que se dediquen los mismos esfuerzos en garantizar los cuidados necesarios también en las fases subaguda y de secuelas. Sin embargo, va creciendo la amenaza continua de suprimir recursos humanos y materiales principalmente en los hospitales públicos, aduciendo los costes, derivando la atención de estos pacientes a otros centros con dotación menor.

Los profesionales que nos dedicamos a estos pacientes debemos trabajar de manera coordinada para demostrar la eficacia de los recursos aplicados, ya que en caso contrario, las personas mal atendidas a la larga precisarán mayores recursos sanitarios y sociales ocasionando un coste económico y social aún más elevado.

Espero que este número de la revista dedicado a este tema pueda servir para una mayor divulgación y conocimiento de las repercusiones de esta patología y, sobre todo, para mejorar la atención de estos pacientes que, cada vez más, podemos encontrarnos en nuestra práctica diaria.

I. Bori de Fortuny
*Jefe Clínico de la Unidad de
 Rehabilitación Neurológica y Daño Cerebral
 Servicio de Rehabilitación
 Hospital de Traumatología y
 Rehabilitación Vall d'Hebron. Barcelona*

BIBLIOGRAFÍA

1. Berrol Sh. Preface. En: Kraft G, Berrol Sh. Traumatic Brain Injury. Phy Med Rehabil. 1992. p. XV-XVI.
2. Cohadon F, Castel FP, Richer E, Mazaux JM, Loiseau. Les traumatismes crâniens de l'accident à la réinsertion. Bordeaux: Arnette, 1998.
3. Whyte J, Hart T, Laborde A, Rosenthal M. Rehabilitation of the patient with traumatic brain injury. En: DeLisa J, Gans BM. Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. 3th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998; p. 1191-222.
4. Roy EA. Head Injury Association of Waterloo-Wellington. 2001. Disponible en: <http://www.ahs.uwaterloo.ca/~cahr/headfall.html>
5. Muñoz Céspedes JM, Ruano A, Moreno F. Evaluación e integración laboral de personas afectadas por daño cerebral traumático. Guías de buenas prácticas. España: FREMAP, 2002.
6. APANEFA. Asociación de daño cerebral sobrevenido de Madrid. Editorial 2002;3(10):4.
7. Jennett B. Scale and scope of the problem. En: Rosenthal M, Griffith E, Bond M, Douglas Miller J. Rehabilitation of the head injured adult. Philadelphia: FA Davis Company; p. 3-8.
8. Wilkerson DL. Accreditation and the use of outcomes-oriented information systems. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:S31-S35.
9. Hall MK. Establishing a National Traumatic Brain Injury Information System Based Upon a Unified Data Set. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:S5-11.
10. Mazaux JM, Berard E, Tasseau F, Fischer C, Truelle JL, Beis JM, et al. Les traumatisés crâniens adultes en médecine physique et réadaptation: du coma à l'éveil. Bordeaux: 2001.
11. Bori I, Villariño C, Martínez M^º C. Ponencia 40 Congreso de la SERMEF. Estudio multicéntrico del daño cerebral adquirido en España. San Sebastián, junio 2002.