

Neurorrehabilitación y continuidad en los cuidados tras el ictus

Neurological rehabilitation and continuity of care after stroke

Señor Editor:

La rehabilitación es probablemente una de las asignaturas pendientes en el tratamiento de las enfermedades neurológicas. El artículo de revisión publicado recientemente en *Neurología*¹ proporciona un análisis detallado y actualizado de la neurorrehabilitación en el ictus, motivo por el que felicitamos a sus autores.

La neurorrehabilitación se incluye dentro de las estrategias actuales de *Continuidad en los Cuidados* en las personas con daño cerebral sobrevenido. La continuidad en los cuidados en la fase crónica del ictus implica un cambio tanto en la formación como en las líneas de actuación del neurólogo.

El entrenamiento específico en neurorrehabilitación es necesario y debiera considerarse dentro de los programas de formación en Neurología, tanto a nivel de residencia como a nivel de super-especialización (cuyo equivalente sería los *fellowship* del modelo formativo anglosajón)². Las unidades de neurorrehabilitación, necesariamente multidisciplinarias, deberían contar con un neurólogo como miembro del equipo y probablemente en funciones de coordinación del mismo. Las necesidades del equipo multidisciplinar incluyen médicos neurólogos y rehabilitadores, neuropsicólogos, terapeutas físicos y ocupacionales, logopedas, personal de enfermería y también psicopedagogos, asistentes sociales y profesores hospitalarios. El neurólogo puede desempeñar un papel importante en la formación de este equipo multidisciplinar y debería estar preparado para la actividad docente y formativa en neurorrehabilitación.

La continuidad en los cuidados exige abordar, por un lado, las complicaciones clínicas en la fase crónica del ictus y, por otro lado, las repercusiones psicosociales tanto en los supervivientes de un ictus como en sus cuidadores principales. Depresión post-ictus, síndromes comportamentales y disejecutivos, y alteraciones cognitivas, limitan con frecuencia los resultados de la rehabilitación en el ictus³. La depresión post-ictus es el principal factor, de elevada prevalencia, y debería ser diagnosticada y tratada precozmente en las unidades de neurorrehabilitación. Por otro lado, la repercusión del ictus en la salud física y emocional de los cuidadores principales es muy elevada⁴. Los equipos de neurorrehabilitación deberían estar preparados para evaluar el grado de sobrecarga y apoyo social de los cuidadores y tener capacidad de desarrollar estrategias de intervención social adecuadas.

Igualmente, la continuidad en los cuidados exige la creación de equipos de asistencia domiciliar que evalúen la situación clínica, emocional, cognitiva y funcional post-ictus, así como el grado de adherencia a los fármacos prescritos (hipotensores, anticoagulantes, antiagregantes, antiepilépticos, etc.). En este sentido, se han desarrollado programas pioneros en Francia (*Hospitalisation à domicile*) e Inglaterra (*The Early Supported Discharge model*).

La continuidad en los cuidados permite identificar a aquellos pacientes en la fase crónica del ictus que pueden beneficiarse de intervenciones terapéuticas farmacológicas

(depresión post-ictus, anticoagulación, demencia vascular) y de rehabilitación. Igualmente, las actuaciones en neurorrehabilitación en la comunidad deberían incluir actividades externas de socialización, para evaluar el impacto de la discapacidad en el mundo real, por ejemplo, subir escaleras mecánicas en un gran almacén, o evaluar las limitaciones en el retorno laboral.

Con frecuencia se aprecia una laguna en la continuidad asistencial en los enfermos neurológicos, que desemboca en el alta de pacientes discapacitados sin asegurarse la continuidad en los cuidados neurológicos y neurorrehabilitadores a largo plazo. Del mismo modo, diversas complicaciones neurológicas que podrían detectarse en la fase crónica post-ictus con un seguimiento clínico apropiado (disfagia, vejiga neurogénica, espasticidad, dolor crónico, trastornos afectivos, etc.) pueden estar infradiagnosticadas o infratratadas.

La rehabilitación precoz, intensa y multidisciplinar en el ictus es muy necesaria. Además, algunos pacientes también pueden beneficiarse de nuevos programas de rehabilitación, orientados a adquirir nuevas metas, meses después de haber padecido un ictus. Estudios en la fase crónica del ictus han mostrado que estos pacientes pueden beneficiarse de nuevos programas de rehabilitación⁵. Sin embargo, si no se asegura una red sanitaria y social que evalúe y asegure la continuidad en los cuidados, muchos pacientes con ictus y sus cuidadores podrían verse abocados a un cierto desamparo asistencial.

Los neurólogos deberían implicarse más en la continuidad de los cuidados tras el ictus. Se asumen como enfermedades crónicas la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Alzheimer o la epilepsia. Sin embargo, los programas de seguimiento en la fase crónica del ictus son escasos y no han abordado hasta el momento el tratamiento multidisciplinar y holístico que la rehabilitación del ictus debería ser. En la actualidad se están diseñando en algunas comunidades autónomas, como Castilla-La Mancha, el Plan de Atención en Daño Cerebral Sobrevenido que intentará establecer como una de las metas, ambiciosa, la continuidad de los cuidados tras el ictus.

Bibliografía

1. Murie-Fernandez M, Irimia P, Martínez-Vila E, Meyer MJ, Teasell R. Neurorrehabilitación tra el ictus. *Neurología*. 2010;25:189–96.
2. Dimyan MA, Dobkin BH, Cohen LG. Emerging subspecialties: neurorehabilitation: training neurologists to retrain the brain. *Neurology*. 2008;70:e52–4.
3. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis*. 2009;27 Suppl 1:204–14.
4. Carod-Artal FJ, Ferreira Coral L, Trizotto DS, Menezes Moreira C. Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2009;28:472–80.
5. Carod-Artal FJ, Medeiros MS, Horan TA, Braga LW. Predictive factors of functional gain in long-term stroke survivors admitted to a rehabilitation programme. *Brain Inj*. 2005;19:667–73.

F.J. Carod-Artal

Servicio de Neurología, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

Correo electrónico: fjcarod-artal@hotmail.com

doi:10.1016/j.nrl.2010.07.026