

La vida después del ictus

Atención precoz, rehabilitación
y prevención para evitar un segundo
ataque, claves para minimizar las
secuelas de un accidente
cerebrovascular



La vida después de sufrir un accidente cerebrovascular o ictus representa una transformación radical para la mayoría de las personas afectadas. Sólo una tercera parte se recupera completamente, otra tercera parte fallece y, para el resto, las secuelas en forma de trastornos físicos o cognitivos condicionan, y mucho, su vuelta a la actividad diaria por la incapacidad para realizar determinados movimientos o acciones. Este deterioro se puede paliar, pero para ello hay que recurrir a servicios de rehabilitación. Fisioterapeutas, psicólogos o terapeutas ocupacionales tienen como misión intentar *reengancharles* a la vida.

El ictus o accidente cerebrovascular (ACV), conocido también de forma coloquial como embolia, es un conjunto de enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Puede tratarse de una hemorragia, cuando uno de estos vasos se rompe, o de un infarto cerebral cuando una arteria se obstruye y no puede distribuir la sangre. Su prevención se centra en el control de los factores de riesgo que lo causan, aunque algunos de ellos, como la edad, no se pueden evitar. Es un trastorno más frecuente a partir de los 65 años y está aumentando debido al envejecimiento de la población. No obstante, también lo está haciendo por debajo de los 55 porque crece la prevalencia de

factores de riesgo como la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, la vida sedentaria, el exceso de colesterol en sangre, dietas con exceso de sal o grasas y padecer ciertas dolencias cardiovasculares, tal y como recuerda la Sociedad Española de Neurología (SEN).

En España cada año se registran entre 120.000 y 130.000 casos de ictus, de los que entre 80.000 y 85.000 fallecen o quedan con una incapacidad para hacer una vida normal. Hay que tener en cuenta que el ictus es la primera causa de discapacidad grave en adultos y es el médico rehabilitador el responsable de diseñar un programa que sirva para intentar superar la discapacidad en distintos ámbitos asistenciales, ya sea en centros hospitalarios o en el propio domicilio.

SECUELAS

La estrategia en la que se basan los profesionales sanitarios para minimizar las secuelas en una persona que ha sufrido un ictus se fundamenta en tres pilares: la atención precoz (lo más rápidamente posible) al paciente; la rehabilitación, para que pueda recuperarse al máximo y hacer una vida lo más normal posible; y la prevención secundaria, para evitar un segundo ictus.

Es fundamental atender precozmente al paciente con ictus en la fase aguda, en el momento en



UNIDADES DE ICTUS, LA FÓRMULA IDÓNEA

Las 'unidades de ictus' representan el sistema idóneo, según los expertos, para atender de forma integral a las personas aquejadas de esta patología. Por definición, están configuradas por un equipo multidisciplinar de distintos especialistas. Se componen de un neurólogo o, si no lo hay, un médico internista, responsable de tratar el ictus y, en los casos necesarios, prescribir fármacos para prevenir un segundo ictus; el médico rehabilitador, que receta el programa de rehabilitación para tratar las secuelas; y otros profesionales como el fisioterapeuta, el logopeda, el terapeuta ocupacional y el neuropsicólogo. Además de este personal sanitario, muchos expertos reclaman también la presencia de un asistente social.

La rehabilitación debe iniciarse lo antes posible, en cuanto el paciente se halle estable, tras las primeras 24 ó 48 horas después del ictus. Por esta razón, la rehabilitación comienza en los hospitales. El fisioterapeuta interviene en cuanto es posible, dentro de esas primeras 24 horas. Esta labor precoz resulta muy eficaz porque ayuda a que el afectado aprenda a tragar de nuevo y evita complicaciones. En los hospitales donde todavía no hay unidades de ictus, el paciente que ingresa en planta también recibe la atención de un fisioterapeuta lo más rápido posible.

Tras recibir el alta del hospital, el paciente continúa con su rehabilitación en centros sociosanitarios o de convalecencia, en el domicilio si es necesario o en el ambulatorio si puede caminar. Ahora bien, en la vida cotidiana este proceso no suele ser tan fluido como parece sobre el papel. Se aprecia una cierta falta de coordinación desde que la persona sale del hospital hasta que continúa el tratamiento rehabilitador, un tiempo de interrupción del tratamiento que puede ser perjudicial para el afectado.

que el accidente cerebrovascular acaba de suceder o se está produciendo. Los neurólogos insisten en la necesidad de que el paciente llegue al hospital dentro de las tres primeras horas de sufrir el ictus porque así sus posibilidades de recuperarse se triplican.

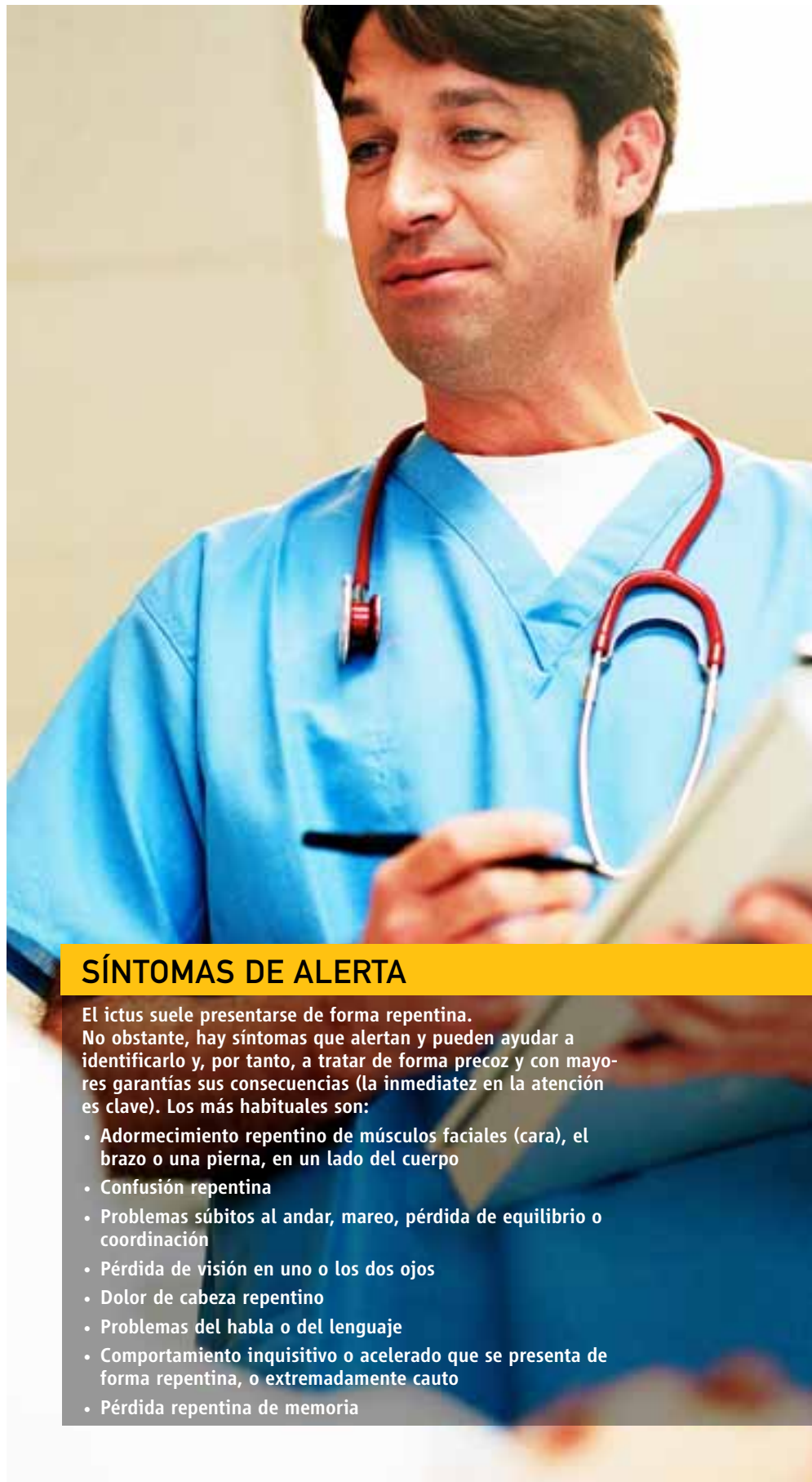
TIPOS DE REHABILITACIÓN

Dado que las secuelas tras el ictus son múltiples, también son varios los tipos de rehabilitación que se aplican, aunque hay consenso entre la comunidad médica en colocar a la fisioterapia como la primera estrategia. Este tratamiento ayuda a que mejore la autonomía de la persona que sufre parálisis o que ha perdido fuerza: hay que enseñarle a caminar de nuevo, sentarse, articular el brazo, la pierna y, en definitiva, a moverse y evitar su dolor.

A estos problemas puramente físicos hay que sumar los funcionales. De forma inesperada, el afectado se ve inmerso de nuevo en una especie de escuela de la vida para aprender a manejarse. La terapia ocupacional es el otro tipo de rehabilitación que se centra en esta labor: enseñar a la persona que ha quedado con secuelas a volver a realizar las actividades de la vida diaria, como comer cuando se tiene menos fuerza, beber, vestirse, ocuparse del aseo personal o escribir.

Para las personas con secuelas en el habla, la rehabilitación indicada es la logopedia. El logopeda les enseñará de nuevo a expresarse, comprender lo que le dicen e, incluso, aprender a escribir. En el caso de las personas que sufren pérdida de memoria y problemas psicológicos, el neuropsicólogo es el profesional encargado de atenderlas y tratarlas de sus déficits cognitivos.

El papel del asistente social también es crucial porque valora todas las ayudas sociales que precisa el paciente; si éste va a necesitar un cuidador o realizar obras en casa para adaptarse a su nueva situación.



SÍNTOMAS DE ALERTA

El ictus suele presentarse de forma repentina. No obstante, hay síntomas que alertan y pueden ayudar a identificarlo y, por tanto, a tratar de forma precoz y con mayores garantías sus consecuencias (la inmediatez en la atención es clave). Los más habituales son:

- Adormecimiento repentino de músculos faciales (cara), el brazo o una pierna, en un lado del cuerpo
- Confusión repentina
- Problemas súbitos al andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación
- Pérdida de visión en uno o los dos ojos
- Dolor de cabeza repentino
- Problemas del habla o del lenguaje
- Comportamiento inquisitivo o acelerado que se presenta de forma repentina, o extremadamente cauto
- Pérdida repentina de memoria

LAS SECUELAS

PARÁLISIS O PÉRDIDA DE FUERZA: Es la más frecuente o conocida. Afecta a la mitad del cuerpo, cara, brazo o pierna. Impide realizar las actividades comunes de la vida diaria, como el aseo personal y deglutir.

TRASTORNOS DEL HABLA: El enfermo tiene dificultades para formar palabras y entender lo que le dicen o bien para pronunciarlas, lo que se conoce como disartria.

TRASTORNOS COGNITIVOS: Las funciones cerebrales superiores como la atención, la concentración, el pensamiento o la memoria se ven afectadas y, debido a ello, las personas tienen un riesgo entre 8 y 9 veces más alto de sufrir demencia.

TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO: Esta secuela entraña un alto riesgo de caídas y de fracturas.

TRASTORNOS EMOCIONALES: Es frecuente que las personas con ictus padezcan cuadros depresivos, de ansiedad o que tengan dificultades para expresar emociones o las expresen de forma exagerada, lo que se conoce como labilidad emocional.

DOLORES: El enfermo puede sufrir dolores por varias causas, entre ellas, las lesiones neurológicas.

DÉFICITS MOTORES O FALTA DE MOVILIDAD: Ésta también puede ser una causa de dolor por tener inmovilizada una articulación (la rodilla enyesada, por ejemplo).

Fuente: Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología

LAS CARENCIAS

En los últimos años, la atención a los afectados por un ictus ha mejorado de manera considerable, aunque se aprecian diferencias en cuanto a la asistencia que se ofrece.

Teniendo en cuenta el número actual de la población española (43 millones de habitantes), se estima que el número ideal de unidades de ictus (equipos multidisciplinares de profesionales médicos especializados en el tratamiento de esta enfermedad) en España es de 90. Sin embargo, en la actualidad no se llega a una tercera parte de las necesidades: la dotación no supera las 27 unidades. Esta realidad contrasta con la de las unidades coronarias, cuyo número triplica a las de ictus, cuando la cardiopatía isquémica es menos frecuente.

Los centros donde se limita el acceso a la rehabilitación por la edad de los pacientes presentan otro de los problemas asistenciales en el tratamiento de esta enfermedad. La edad, por sí sola, no debería ser un factor excluyente: no es tan importante qué edad tenga la persona, sino la comorbilidad que sufra (varias enfermedades a la vez), como la diabetes o la artrosis. Muchas personas de edad avanzada, incluso con 85 años, han seguido un programa de rehabilitación y se han recuperado.

Algunos terapeutas alertan de que cada vez hay más pacientes jóvenes, de unos 40 años, que sufren un ictus y que, una vez concluido el tratamiento rehabilitador en la fase aguda (poco después del episodio), reciben el alta

y se envían, bien a un centro de día, donde sobre todo hay ancianos (puesto que la mayoría de estos centros son hasta ahora mayoritariamente geriátricos), bien a su domicilio. Esta realidad se materializa en la falta de recursos para este grupo de pacientes jóvenes, no sólo para que se rehabiliten, sino para que tengan un espacio que facilite sus relaciones sociales.

EVITAR EL SEGUNDO ICTUS

Otro de los grandes retos es evitar que el paciente sufra un segundo ictus, lo que se denomina prevención secundaria. Entre un 18% y un 20% de las personas afectadas vuelven a padecer un ictus dentro del tercer mes y, en general, casi una de cada cinco personas sufre otro accidente cerebrovascular. Ese segundo ictus es de peor pronóstico que el primero, con una mortalidad entre un 20% y un 35%, y el porcentaje de personas que quedan con secuelas aumenta entre un 15% y un 20%.

La prevención secundaria se traduce en que el paciente aprenda a vivir incorporando una serie de hábitos saludables, como dejar de fumar y de beber alcohol, caminar y evitar la obesidad abdominal. Asimismo, cuando el médico se lo prescriba, debe tomar fármacos que disminuyan el riesgo de un nuevo ictus, como los antiagregantes plaquetarios (semejantes a las aspirinas que evitan la formación de trombos que pueden obstruir un vaso del cerebro) o las estatinas (medicamentos antihipertensivos). ◀

EN ESPAÑA, LAS UNIDADES CORONARIAS TRIPLICAN A LAS DE ICTUS, AUNQUE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ES MENOS FRECUENTE