

## Neurorrehabilitación del ictus en España, comparativa con Europa



### Comparison of stroke neurorehabilitation in Spain and in Europe

*Sr. Editor:*

El King's College of London en colaboración con Alianza Europea Contra el Ictus (SAFE), ha hecho público el documento «El impacto del ictus en Europa»<sup>1</sup>, presentado en el Parlamento Europeo (mayo de 2017), realizado con objetivo de «determinar, en cada país de la UE, el impacto del ictus y el modo en que se está satisfaciendo la necesidad de asistencia aguda y de seguimiento. Los resultados, han llevado a la SAFE a generar una serie de iniciativas de actuación para los responsables de la formulación de políticas de la Unión Europea (UE), los representantes de los servicios nacionales de salud y las organizaciones de apoyo a pacientes con ictus».

El documento es el resultado de un ímprobo trabajo y una forma, no sabemos si la adecuada, pero al menos factible, de autoevaluación en relación con el manejo que estamos realizando.

A fin de enmarcar el estudio y posibilitar comparaciones entre diferentes países, SAFE incluyó 12 indicadores de calidad asistencial, pertenecientes a diferentes partes de la «cadena» asistencial del ictus. Dos hacen referencia a la neurorrehabilitación en fase aguda otros 2 en fase crónica (tabla 1).

Tras el análisis, el equipo investigador realiza las siguientes recomendaciones:

1. Demasiados pacientes tienen que esperar un tiempo excesivo para ser evaluados acerca de sus necesidades de rehabilitación y recibir tratamiento. En toda Europa, el objetivo debería consistir en realizar evaluaciones multidisciplinares en la unidad de ictus y en comenzar la rehabilitación en cuanto el paciente se encuentre médicamente estable.
2. Se debe mejorar el acceso al tratamiento rehabilitador. En toda Europa hay una especial falta de terapia ocupacional, logopedia y psicoterapia.

3. Demasiados pacientes abandonan el hospital sin que se haya iniciado la rehabilitación. Esto resulta especialmente preocupante para los esquemas de alta precoz con rehabilitación ambulatoria. Hay pruebas claras de que la eficacia de estos esquemas depende del acceso a una rehabilitación de la misma intensidad que la que se habría aplicado en la unidad de ictus.
4. El apoyo y el seguimiento a largo plazo continuos son insuficientes en muchas partes de Europa. Instamos al desarrollo de sistemas nacionales con el fin de garantizar que se analicen las necesidades y se haga un seguimiento de los supervivientes de ictus.
5. Los países deben establecer objetivos en cuanto a prevención secundaria, cribado de depresión y apoyo psicológico y social.

En la web <http://strokeeurope.eu/data-comparison> puede verse los indicadores por cada país e incluso compararse con otros países de la UE. Los resultados de España para los indicadores 9, 10, 11 y 12 pueden verse en el resumen de la tabla 2.

Los datos arriba reflejados, merecen las siguientes reflexiones:

1. España solo dispone datos de Cataluña, y probablemente, no reflejen la realidad nacional. Es ideal una valoración multidisciplinar en fase aguda en las primeras 48 h, pero no siempre se alcanzan estos estándares de calidad. Sería pues interesante un estudio nacional que mostrara la realidad de nuestros pacientes.
2. El acceso a fisioterapia y logopedia domiciliaria en el proceso de neurorrehabilitación es otra muestra de la diferente actuación en función de la región. Se ha demostrado que el tratamiento domiciliario es eficaz y que los resultados se mantienen más allá de los 6 meses, postulando este tipo de servicios para cuando la accesibilidad al servicio ambulatorio puede verse cuestionada<sup>2</sup>.
3. Aproximadamente un tercio de los pacientes son aptos para recibir el alta precoz con rehabilitación ambulatoria<sup>3</sup>. Estos servicios han demostrado que el paciente tiene más probabilidades de recuperar la independencia en sus actividades cotidianas. Además, hay evidencia de su coste-efectividad en comparación con la asistencia en una planta médica general o unidad de ictus (sin alta precoz con apoyo)<sup>4</sup>. Esto ha llevado a países como Suecia<sup>5</sup> y Reino Unido<sup>6</sup> a incluir este servicio.

**Tabla 1** Indicadores de calidad asistencial estudiados

<i>Fase aguda</i>	
Indicador 9	Evaluación de los pacientes en cuanto a necesidades de rehabilitación en los 3 primeros días después del ingreso y aplicación de rehabilitación por parte de personal multidisciplinario según sus necesidades
Indicador 10	Alta precoz de la asistencia aguda (a la unidad de rehabilitación hospitalaria o extrahospitalaria) se hace con rehabilitación ambulatoria en el caso de pacientes médicamente estables con un deterioro leve o moderado
<i>Fase crónica</i>	
Indicador 11	Se ofrece una revisión a los pacientes después del ictus para evaluar sus necesidades médicas y de rehabilitación Los pacientes, sus familiares y cuidadores cuentan con acceso a apoyo práctico y emocional

**Tabla 2** Resultados de España por indicador

<i>Fase aguda</i>	
Indicador 9	Las guías catalanas recomiendan valoración multidisciplinar en las primeras 48 h, movilización y rehabilitación temprana. Una auditoría interna de 2007 mostró que el 98% de los pacientes realizaban fisioterapia y el 96% fueron valorados por el trabajador social, el 75% fueron valorados por el médico rehabilitador, el 50% por el terapeuta ocupacional y el 58% por el neuropsicólogo <sup>7</sup>
Indicador 10	En algunas regiones de España se puede tener acceso a la fisioterapia y la logopedia domiciliaria. Esquemas de alta precoz con rehabilitación ambulatoria no están disponibles en España
<i>Fase crónica</i>	
Indicador 11	Se cita a los pacientes a los 6 meses. Existen protocolos para derivar a los pacientes al médico de atención primaria, pero no de rehabilitación a atención primaria
Indicador 12	El manejo de los problemas emocionales es insuficiente

En Reino Unido, Gales e Irlanda del Norte, el 81% de los hospitales disponen de un equipo de alta precoz con rehabilitación ambulatoria y el 35% de los pacientes son tratados por uno de estos equipos<sup>8</sup>. En España sin embargo, no existen este tipo de protocolos. Consideramos que esta es una de las principales líneas de trabajo a desarrollar si queremos mejorar la eficiencia del sistema en el proceso de neurorrehabilitación del ictus.

- Para la fase crónica, mencionar el cuestionario Post-stroke checklist, un cuestionario validado al castellano orientado a detectar las necesidades de rehabilitación después del ictus<sup>9</sup>. Es de fácil aplicación, comprensible para el paciente, y puede ayudar a identificar aquellos pacientes que sufrieron un ictus y que deben ser remitidos a servicios de neurorrehabilitación para recibir atención adecuada.

Nos gustaría felicitar a la SAFE por el trabajo realizado y animamos al lector a profundizar en los distintos aspectos del documento y a los responsables sanitarios a analizarlo y valorar posibles actuaciones de mejora.

## Bibliografía

- Stevens E, McKeivitt C, Emmett E, Wolfe CDA, Wang Y. El impacto del ictus en Europa. ISBN 978-1-5272-0858-2. [consultado 20 Feb 2018]. Disponible en: <http://strokeeurope.eu>.
- Allen L, Richardson M, McIntyre A, Janzen S, Meyer M, Ure D, et al. Community stroke rehabilitation teams: providing home-based stroke rehabilitation in Ontario. Canada. *Can J Neurol Sci.* 2014;41:697–703.
- Fearon P, Langhorne P. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2012. Cd000443.
- Saka O, McGuire A, Wolfe C. Cost of stroke in the United Kingdom. *Age Ageing.* 2009;38:27–32.
- Nordin A, Sunnerhagen KS, Axelsson AB. Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study. *BMC Neurol.* 2015;15:235.
- National Institute for Health and Care Excellence, Stroke rehabilitation in adults Clinical guideline [CG162]. London: NICE; 2013.
- Abilleira S, Ribera A, Sánchez E, Tresserras R, Gallofré M. The Second Stroke Audit of Catalonia shows improvements in many, but not all quality indicators. *Int J Stroke.* 2012;7:19–24.
- Royal College of Physicians. En: Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP) Acute organisational audit report November 2016. London: Royal College of Physicians; 2016.
- Duarte E, Murie-Fernández M, Candauc E, Spottornod P, López de Munain L, Miguéns X, et al. Poststroke checklist: un cuestionario para detectar las necesidades de rehabilitación después del ictus. *Rehabilitacion.* 2015;49:150–5.

M. Murie-Fernández<sup>a,\*</sup>  
y S. Laxe<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Neurorrehabilitación, Hospital Ciudad de Telde, Clínica San Miguel, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España

<sup>b</sup> Hospital de Neurorehabilitació, Institut Universitari de Neurorehabilitació adscrit a la UAB, Fundació Institut Guttmann, Badalona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manumurie@gmail.com](mailto:manumurie@gmail.com)  
(M. Murie-Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.02.007>  
0213-4853/

© 2018 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).