

■ SALUD / NEUROLOGÍA

LOS DATOS

3-4% GASTO SANITARIO total es lo que supone el abordaje terapéutico del ictus en España y se prevé un crecimiento al 5% en 2030

● **FASE AGUDA DEL ICTUS:** cuenta con una homogenización que comparten los distintos servicios de salud de las diferentes comunidades gracias a los protocolos y guías de práctica clínica

● **REHABILITACIÓN:** en el acceso a la misma hay inequidad hasta dentro de las propias autonomías. Los recursos no cuentan con una organización adaptada a las necesidades de los pacientes

27.711 EUROS AL AÑO es la cantidad que precisa una persona para mitigar las secuelas de su infarto cerebral

PILAR PÉREZ • MADRID

Visión global. La atención que requieren los pacientes del siglo XXI debe ser total y, por ello, a lo sanitario debe unirse lo social. Durante la jornada «Continuidad asistencial en el ictus», un granado grupo de expertos puso el foco en las necesidades no cubiertas de las personas que sufren un accidente cerebrovascular y han de convivir con las huellas que les deja. La jornada estuvo organizada por la Fundación Casaverde, en el que supone el tercer encuentro de expertos que organiza sobre temas candentes de la Sanidad española. Alberto Giménez, presidente de la institución, apuntó que «hay que reajustar los recursos a las necesidades de las personas afectadas y sus familias. Hay mucho trabajo pendiente en el abordaje del paciente cuando supera la fase aguda».

Bien podría ser esta afirmación un resumen de la jornada, en la que quedó claro que la puesta en marcha con éxito de una red denominada «Código Ictus», permite evitar la mortalidad en el momento del infarto cerebral, pero que deja en «pausa» la rehabilitación posterior. Exuperio Díez-Tejedor, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz de Madrid y catedrático de Neurología de la Universidad Autónoma de Madrid, manifestó que «muchas veces pasa desapercibido porque constituye un problema que no duele, pero las secuelas son dramáticas y concienciar a la sociedad y tratar en el momento que ocurre es vital. Y ya lo hacemos, y bastante bien. Pero hay que poner en valor la necesidad de la gestión de los recursos: atención urgente y precoz, la rehabilitación, y la implicación de la Medicina de Familia para el seguimiento del paciente». En este sentido, en el inicio de sesión Elena Mantilla García, directora general de Inspección y Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que hizo una panorámica de la situación actual del ictus en la región.

Cómo atender al paciente y cuándo dar cada paso en el momento del infarto queda reflejado en las guías clínicas, como explicó Aránzazu Vázquez Doce, coordinadora de Rehabilitación en la Unidad de Ictus del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid. Pero, «el momento en el que se deben dar los primeros pasos de la rehabilitación es objeto de estudio, aunque ha de ser pronto, porque lo que sí sabemos es que es el cerebro pierde plasticidad conforme pasa el tiempo y hay que aprovecharla», comentó Vázquez. La intervención de María Dolores Valverde Carrillo, jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Madrid, planteó

La continuidad asistencial tras el ictus, una asignatura pendiente

Una jornada sobre el accidente cerebrovascular pone el foco en la mejora de la gestión para reducir las secuelas y la discapacidad en los pacientes



De arriba abajo y de izquierda a derecha, José Antonio Egido, David Hernández, Alberto Giménez, María Eugenia Durán, Exuperio Díez-Tejedor, Isabel Gimeno, Carolina de Miguel, Blanca Fuentes, Rosa Herrero y Aránzazu Vázquez

● **FACTORES DE RIESGO:** hipertensión arterial, arritmias cardíacas u otras dolencias del corazón, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y alcohol

120.000 CASOS
nuevos cada año; es la primera causa de mortalidad entre las españolas y la segunda en varones

● **DISCAPACIDAD:** un 30% de los individuos presenta un problema que se manifiesta con parálisis, alteraciones de equilibrio, trastornos del habla y déficits cognitivos

diferentes escenarios en esta línea. «Debemos ver diferentes trabajos –publicados alguno en “The Lancet”– en los que se ve cuando es bueno poner en marcha la rehabilitación, pero la activa, la que saca de la cama al paciente. A veces, en algunas investigaciones se observa que es mejor más cantidad y menos dosis. Por ejemplo, hacer sesiones de diez minutos varias veces a lo largo del día, en vez de concentrar todo en un periodo de tiempo cerrado», añadió Valverde Carrillo.

Uno de los puntos clave reside en conocer bien al paciente: cómo está tras el ictus, cómo estaba antes, con qué recursos cuenta, dónde puede ir y con qué apoyos. «Tenemos que poner al paciente de verdad en el centro y organizar todo en torno a sus

necesidades, pero también las de la familia, por el gran impacto de este tipo de enfermos en ella», subrayó María Eugenia Durán Blas, Trabajadora Social del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid. En el papel, la teoría resulta fácil, pero en la práctica «no se colocan los recursos a su alrededor, sino que son las personas los que se desplazan a donde estén», contó David Hernández, médico rehabilitador, presidente de la Sociedad Centro de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Y añadió que «parece que está el sistema diseñado para crear discapacitados».

Giménez subrayó que «existen recursos en la Sanidad, a nivel de colaboración público-privada, que no se aprovechan.

En Extremadura, nuestra fundación pone al servicio de Sanidad unas 60 camas de estancia media –para rehabilitarse– que ellos incluyen dentro de sus recursos perfectamente coordinados y con unos excelentes resultados en la recuperación de los pacientes. ¿Por qué no se hace lo mismo en otras regiones?». Aquí el presidente de la Fundación Casaverde tocó un tema sensible en el que profundizaron otros ponentes. En este caso, Javier Rodríguez Hernández, director médico Hospital La Fuenfría, abogó por que «los datos sean los que revelen que los hospitales de nivel 2, también deben estar presentes en los mapas de recursos de los tratamientos postictus. Y nosotros tenemos claro qué hacer con este tipo de pacientes». La clasificación de los centros hospitalarios y la dedicación de una cama a un agudo o un crónico forman parte de los quebraderos de cabeza de los gestores, pero que «debemos afrontar que también la atención domiciliaria debe ser una opción, ya que muchos pacientes prefieren estar en sus casa», contó Modo-aldo Garrido, gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) y vicepresidente Primero de Sedisa (Sociedad Española de Directivos de la Salud).

Conocer qué necesitan y qué piden los pacientes fue sobre lo que versó la exposición de Carmen Ferrer, jefe de Servicio de Atención al Paciente del Hospital Central de la Cruz Roja (Madrid): «Una de las primeras cosas que quieren es que sepamos que cada uno es único y a partir de aquí se trata de ver qué se les aplica». Desde Enfermería también apuntaron que la especialización de su profesión supone una herramienta fructífera. «A veces debemos consensuar con el paciente qué quiere y qué puede hacer. Siempre tenemos que fomentar la autonomía desde el primer momento. Esto ayuda mucho. Uno será más colaborador si se le pone a andar porque quiere», contó Rosa Herrero, responsable de Enfermería de la Unidad de Ictus del Hospital Clínico San Carlos.

La jornada contó con la clausura a manos de Carlos Mur, cuya experiencia previa a la dirección de Coordinación Socio-Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, le sirvió para hacer un dibujo de las necesidades a cubrir: «Estamos ante una historia de éxito, hasta que se topa con la salida del hospital. Por eso, cobra relevancia de la fusión de todas las áreas y dar más a la continuidad y la integración de las redes. Hay que crear espacios comunes: camas de atención sociosanitaria, en unidades permeables». Porque como expuso Joaquín Carneado, coordinador de la Unidad de ictus del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), «no doy el alta porque dejo siempre la puerta abierta a que vuelva si lo necesita».

LAS FRASES



«La continuidad asistencial resulta coste efectiva»

Alberto Giménez
Presidente de la Fundación Economía y Salud y Fundación Casaverde



«Aspiro a que todos los hospitales tengan unidades de ictus»

Exuperio Díez-Tejedor
Jefe Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz (Madrid)



«Aprovechar la plasticidad del cerebro es crítico en una mejor recuperación»

Aránzazu Vázquez
Unidad de Ictus. Medicina Física y Rehabilitación Hosp. Univ. La Princesa (Madrid)



«Tras la estabilización, llega la parte fuerte que es la rehabilitación»

José Antonio Egido
Jefe de la Unidad de Ictus del Hospital Clínico San Carlos de Madrid



«La atención en el domicilio debe ser una opción a tener en cuenta»

Modoaldo Garrido
Gerente Hospital Univ. Fundación Alcorcón y vicepresidente primero de Sedisa



«Hay que trabajar en la integración de las redes sociosanitarias»

Carlos Mur
Dirección gral. Coordinación sociosanitaria Consejería de Sanidad Com. de Madrid



REPORTAJE GRÁFICO GONZALO PÉREZ