

Historia de la rehabilitación del traumatismo craneoencefálico (TCE)



Según Walsh (1987), el documento conocido más antiguo sobre el tratamiento de personas con daño cerebral fue descubierto en Luxor, en 1862, y data de hace 3.000 años. Existen referencias que hacen pensar que en la antigua Mesopotamia ya se describían algunos de los síntomas derivados de una lesión cerebral, como las crisis epilépticas, la parálisis, la pérdida de visión o la pérdida de audición



Montserrat Bernabeu
Jefa de la Unidad de Daño Cerebral
Institut Guttmann

El papiro de Edwin Smith, atribuido al 1650-1550 a.C, hace referencia a diferentes tipos de lesión cerebral y sus síntomas. La técnica de tratamiento era la trepanación. Médicos de la antigua Grecia, incluido Hipócrates, intuyeron que el cerebro era el centro del pensamiento, probablemente debido a su experiencia con el traumatismo craneoencefálico (TCE). Fue en el siglo XIX cuando se relacionó el daño cerebral con la aparición de psicosis. En 1848, un ferroviario llamado Phineas Gage sufrió un accidente laboral en una explosión y una barra de hierro le atravesó el lóbulo frontal, lo que le ocasionó un dramático cambio de personalidad y lo transformó en un hombre impulsivo, vulgar y con un comportamiento inadecuado. El estudio de este caso permitió un mejor conocimiento del papel de esta parte del cerebro en el control de la personalidad y la conducta.

Sin embargo, el inicio de la época moderna de la rehabilitación del traumatismo craneal se sitúa a partir de la I Guerra Mundial. Según Poser (1996), el avance en el manejo neurotraumatológico, y el consiguiente aumento de la supervivencia de los lesionados por arma de fuego en este enfrentamiento bélico, fue el motivo de la creación de los primeros programas para la rehabilitación de los veteranos de guerra con lesiones cerebrales en Alemania y Austria. Kurt Goldstein y Walther Poppelreuter, directores de los centros de rehabilitación de Frankfurt y Colonia respectivamente,

dejaron documentación escrita con tres grandes innovaciones. En primer lugar, se reconoció el papel fundamental de las secuelas neuropsicológicas como causa de discapacidad en los pacientes con lesión cerebral, insistiendo en la necesidad de una evaluación detallada. En segundo lugar, Goldstein realizó importantes aportaciones terapéuticas basadas en la enseñanza de estrategias para la utilización de las habilidades preservadas con el fin de compensar los déficits existentes, especialmente en el habla, lectura y escritura. La tercera innovación consistió en considerar el empleo como resultado primario de la rehabilitación del daño cerebral, dado que los pacientes que trataban, lesionados de guerra, eran jóvenes en edad laboral.

En Estados Unidos, y también en el resto de Europa, la rehabilitación del TCE no se desarrolló hasta después de la II Guerra Mundial. El Reino Unido, con los diferentes enfoques del tratamiento neuropsicológico de O. L. Zangwill (1945), y Rusia, con las aportaciones de A.R. Luria en el campo de la neuropsicología clínica y experimental (1979), lideraron el avance de la rehabilitación del TCE. Sin embargo, la principal aportación de los programas de rehabilitación en el daño cerebral en esta etapa de posguerra fue la introducción de la intervención multidisciplinar, con el desarrollo de ramas profesionales como la medicina física y rehabilitación, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la neuropsicología y la logopedia. Esto permitió, durante las décadas de los 50 y 60, la creación de centros de rehabilitación para el tratamiento de pacientes con otras lesiones cerebrales, como es el caso del ictus.

A partir de la década de los 70 se experimentó un rápido incremento del interés por el TCE debido al importante aumen-

to de su incidencia a consecuencia de los accidentes de tráfico, de modo que fue reconocido como un problema de salud pública. Fue a partir de entonces cuando Jenett y Teasdale (1981) empezaron a preocuparse por la definición de los diferentes grados de gravedad y los factores pronósticos de discapacidad a largo plazo.

En Estados Unidos, en la década de los 90, se produjo el mayor auge en la protocolización y estandarización del tratamiento rehabilitador del TCE. El motivo fundamental de este cambio fue la industrialización de los servicios de rehabilitación, que planteó como objetivos primordiales la eficiencia, la reducción de costes y la disminución de la duración del tratamiento rehabilitador. Una de las consecuencias de este cambio fue el desarrollo de escalas de valoración funcional que permitiesen captar, de forma objetiva, el efecto del tratamiento en los pacientes. Otro de los resultados de este cambio fue el gran auge de la investigación, que dio lugar a la generación de importantes bases de datos, como la del Traumatic Brain Injury Model System, que recoge información sobre características demográficas, causas de lesión, gravedad de la lesión, diagnóstico, tratamiento, costes y medidas de predicción del resultado y seguimiento a largo plazo. Esta base de datos se creó en enero de 1989 y ha recogido información, de forma prospectiva, procedente de 16 hospitales de rehabilitación de Estados Unidos, con un seguimiento de los pacientes de hasta 15 años. Ello ha permitido conocer mucho acerca del resultado del tratamiento rehabilitador y de los factores pronósticos de discapacidad, con el consiguiente impacto en el manejo de estos pacientes.

La Unidad de Daño Cerebral del Hospital de Neurorrehabilitación Institut Guttmann no se creó hasta 1997, ya que, cuando se fundó en 1965, lo hizo como centro de atención específica para las personas con secuelas de una lesión medular. ¿Qué es lo que realmente marcaba la diferencia en los pacientes con daño cerebral? La diferencia venía determinada por la afectación de las funciones superiores, es decir, el conjunto de funciones cognitivas, conductuales y emocionales específicas de cada individuo y que pueden verse gravemente alteradas después de haber sufrido una lesión cerebral. La necesidad de especificidad de atención a estos problemas, y el aumento de la demanda de tratamiento de pacientes con secuelas debidas a un daño cerebral, en un hospital que ya se dedicaba a la rehabilitación de las secuelas físicas posteriores a una lesión neurológica, fue lo que motivó la creación de la actual Unidad de Daño Cerebral Adquirido.

La misión de la unidad fue la estandarización del tratamiento rehabilitador del daño cerebral con el reconocimiento, desde un principio, del papel fundamental de la alteración de las funciones cognitivas o conductuales en la discapacidad resultante. Eso motivó la protocolización de una detallada evaluación neuropsicológica que permitiese objetivar todos y cada uno de los problemas para poder realizar una aproximación terapéutica adecuada. Del mismo modo, otro de los cambios fundamentales que se introdujeron fue la inclusión de la familia como objetivo de tratamiento, considerando el tándem paciente-familia como el centro de actuación del equipo multidisciplinar.

De este modo, el Hospital de Paraplégicos Institut Guttmann podía atender cualquier problema derivado de una lesión en el sistema nervioso, por lo que pasó a denominarse Hospital de Neurorrehabilitación Institut Guttmann.

Desde aquel inicio, hace ahora 12 años, la Unidad de Daño Cerebral se ha constituido como un referente, en el ámbito nacional e internacional, con una ocupación media de 70 camas, una estancia media de 87 días y un equipo integrado por siete médicos y un extenso número de profesionales (enfermería, neuropsicología, logopedia, trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapia...) específicamente formados



para dar respuesta a todas y cada una de las complicaciones derivadas de una lesión cerebral.

Las causas de lesión cerebral que pueden motivar la atención en el Hospital de Neurorrehabilitación Institut Guttmann son diversas y, aunque las más frecuentes son TCE e ictus, también reciben tratamiento personas que han sufrido un tumor cerebral, una infección del sistema nervioso, una anoxia (falta de llegada de oxígeno al cerebro), etcétera. El denominador común de todos ellos es la grave discapacidad resultante que requiere de una intervención multidisciplinar, coordinada e integral, con el objetivo final de conseguir el mayor nivel funcional posible para poder volver al domicilio,

integrarse en la sociedad y, en los casos en que ello sea posible, volver a llevar una vida laboral activa.

Los avances realizados en la investigación del daño cerebral durante la década de los 90 han permitido un claro aumento en la supervivencia de este tipo de lesiones, lo cual ha llevado a denominarla la "Década del Cerebro". El futuro de la investigación deberá ir orientada hacia la identificación de cuáles son los tratamientos más eficaces en el ámbito de la rehabilitación y de qué modo podemos guiar la capacidad de adaptación del cerebro (plasticidad) para obtener la mayor recuperación posible. **SR**