

Estudio neuropsicológico del paciente con enfermedad cerebrovascular

Neuropsychological study of the patient with cerebrovascular disease

Lic. Estela N. Sacasas Santana

Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio neuropsicológico de la función motora, conocimiento somatosensorial y percepción visoespacial en 16 pacientes hemipléjicos debido a enfermedad cerebrovascular en dos momentos de la misma.: etapa subaguda y en las primeras seis semanas de rehabilitación, con el objetivo de conocer diferencias entre estas tres funciones en estos dos momentos, su grado de recuperación y la efectividad de la Batería diagnóstica Neuropsicológica utilizada para detectar estos cambios. Se obtuvieron cambios significativos en cuanto a la función motora, no así en las funciones motoras estudiadas, lo que se explica por el enfoque unilateral de la rehabilitación que se realiza en unidades de salud. Esto demuestra la necesidad de neuropsicólogos en equipos de rehabilitación. Se ofrecen características de estas funciones en dichos pacientes y se demuestra que la prueba fue capaz de reflejar estos cambios.

DeCS: TRASTORNOS CEREBROVASCULARES; HEMIPLEJIA REHABILITACION; NEUROPSICOLOGIA; DIAGNOSTICO NEUROLOGICO; ACTIVIDAD MOTORA.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de programas de salud en nuestro país ha ocasionado el aumento de la expectativa de vida de la población, lo que origina un aumento en la frecuencia de determinadas enfermedades que aparecen generalmente en la tercera edad, tales como las cerebrovasculares (ECV). Son la primera causa de enfermedad neurológica y la tercera causa de muerte en nuestro país, antecedidas sólo por las cardiopatías isquémicas y los tumores malignos. Una de cada diez personas que sufre accidente vascular encefálico muere en el primer ataque, y casi la mitad de los que sobreviven mueren en un plazo de 4 a 5 años, y es la recurrencia la causa más frecuente de la pérdida de la vida (1).

El individuo en esta situación puede manifestar desde una autovaloración inadecuada por defecto hasta depresión, ansiedad, dependencia psicológica y frustraciones (2). Para poder ayudarlo, el psicólogo tiene en sus manos una serie de técnicas psicoterapéuticas, pero no es suficiente. Las posibilidades de la psicología son amplias, específicamente con el surgimiento de la Neurología. Mediante una exploración neuropsicológica podemos determinar con certeza dónde está la lesión, qué función está afectada, el grado de deterioro de la misma, lo que ha quedado conservado y en qué otros aspectos puede apoyarse y desarrollar para compensar el daño. El examen neuropsicológico tiene como propósito no solo el diagnóstico topográfico de la lesión sino también la rehabilitación del paciente.

Por esta razón, para poder llevar un plan de rehabilitación verdaderamente efectivo es necesaria la participación de un neuropsicólogo que es el que puede evaluar las funciones psíquicas superiores. Sin embargo, la rehabilitación no incluye a dichas funciones, solo a la motricidad y en algunos casos, al lenguaje. Pero para poder elaborar una estrategia de rehabilitación hacia estos pacientes hay que conocer primero el grado de recuperación que experimentan estas funciones sin olvidar que el paciente siempre estará sometido a la rehabilitación tradicional ya mencionada.

De ahí que en el presente trabajo nos proponemos realizar el estudio neuropsicológico de tres funciones: función motora, conocimiento somatosensorial y la percepción visoespacial, durante la etapa subaguda del AVE y al cabo de las primeras seis semanas de rehabilitación.

Específicamente nos proponemos:

1. Determinar si existen diferencias en cuanto al grado de recuperación de estas tres funciones después de las seis primeras semanas de rehabilitación.
2. Determinar si la batería de diagnóstico neuropsicológico utilizada es efectiva para evaluar los cambios que se pueden producir en dichas funciones.

MÉTODO

Se trabajó con el universo de pacientes, 16 hemipléjicos a causa de ECV, que se encontraban ingresados en la Sala de Rehabilitación del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras desde septiembre hasta noviembre de 1990 y que cumplían con los siguientes requisitos:

- . Que el AVE fuera reciente (no más de seis semanas de evolución) para que pudiera ya cooperar con el examen neuropsicológico.
- . Que no tuviera antecedentes de ECV
- . Que no todos estuvieran sometidos al mismo tipo de tratamiento rehabilitador
- . Que tuvieran sexto grado de escolaridad como mínimo

El material utilizado en este trabajo fue un sistema de metódicas denominado Esquema de diagnóstico neuropsicológico el cual desarrollaron Ardila, Ostrovsky y Canseco a partir de los procedimientos de diagnóstico elaborados por AR Lluria. Dichomaterial trata de conciliar el enfoque clínico y el psicométrico, intentando aprovechar las bondades de uno y otro; su capacidad para ser usado tanto en una investigación con suficiente rigor científico como en la práctica clínica asistencial.

La prueba pretende evaluar el funcionamiento cerebral básico, procesos psicológicos fundamentales, y en consecuencia minimizar factores relativos al fondo sociocultural del paciente. Explora nueve áreas diferentes. En el presente trabajo sólo se tuvieron en cuenta la función motora, el conocimiento somatosensorial y el reconocimiento visoperceptual y visoespacial. Se califica tanto cualitativa como cuantitativamente. Cada ítem es evaluado según uno o varios criterios y no simplemente si se ejecuta o no; pero a la vez permite una cuantificación mínima teniendo tres categorías para cada criterio:

Ejecución normal (ausencia de daño)

Ejecución regular (daño moderado)

Ejecución imposible (daño severo)

Antes de realizar la evaluación neuropsicológica sometimos a todos los pacientes a un exhaustivo examen neurológico y a una entrevista inicial con el objetivo de conocer sus daños generales, ATP y APF, tiempo de evolución de la enfermedad Cerebrovascular, ocupación actual, habilidades adquiridas, estado general de conciencia, desarrollo intelectual, actitud ante la enfermedad y sus reacciones emocionales ante el cambio de su estado de salud. Se revisó además la historia clínica para conocer los resultados obtenidos en la TAC y RMN.

Se efectuaron dos exámenes neuropsicológicos: uno durante el período subagudo de la enfermedad y el otro al cabo de las primeras seis semanas de rehabilitación.

El tiempo de duración de las sesiones fue de 30 a 45 minutos.

El análisis se realizó tanto de forma cualitativa como cuantitativa, a nivel de cada paciente y a nivel grupal. Se estudió el comportamiento de cada una de las tres funciones desde el período subagudo de la enfermedad hasta las seis primeras de rehabilitación.

Para conocer si las diferencias observadas entre los dos exámenes eran significativas aplicamos la prueba U de Mann-Whitney, para muestras independientes. Se seleccionó ésta, porque es una de las pruebas no paramétricas más poderosas y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica t cuando el investigador desea evitar las suposiciones que ésta exige.

En el caso de la función motora sí se demostraron diferencias significativas; lo cual quiere decir que la prueba fue capaz de reflejar los cambios importantes que se produjeron en esta función. En cuanto a las otras dos funciones estudiadas no se evidenciaron diferencias significativas entre los dos momentos de aplicación de la Batería de diagnóstico Neuropsicológico.

Para determinar si había diferencias significativas en el comportamiento de las tres funciones estudiadas utilizamos la técnica no paramétrica de Análisis de Varianza Krus- Kol- Wallis que tiene un 95 % de potencia-eficiencia. Esta prueba se utilizó tanto para la primera como para la segunda aplicación y demostró que en ninguno de los exámenes las diferencias entre las tres funciones fueron significativas.

RESULTADOS

Según los resultados obtenidos por la Batería utilizada los pacientes hemipléjicos estudiados se caracterizan por:

1. Función Motora de la Mano y la Lengua

Predominio de la escasa plasticidad en sus movimientos, las perseveraciones motrices, la alteración en la asimilación del hábito motor, en la organización dinámica del acto motor y en la organización óptico cinestésica del movimiento complejo. Alteración en el tono de los músculos de la lengua. No pueden resolver ni las reacciones motrices sencillas ni las complejas y por tanto, presentan una gran alteración en los programas complejos.

2. Conocimiento somatosensorial: Alteración en la sensibilidad cinestésica.

3. Reconocimiento y Perfección Visoespacial:

Lo que más se altera es la memoria visual, existiendo muy pocos casos de alteraciones en la síntesis visual y en la capacidad de rotar mentalmente las figuras. Sólo se observaron dos casos de agnosia visual. Alteración de la profundidad.

DISCUSIÓN

Los estudios clínicos y experimentos sugieren que las capacidades de recuperación del cerebro después del infarto cerebral son limitadas en el tiempo y esto es lo que ha impulsado a algunos fisioterapeutas y neurólogos a concebir las Unidades de Rehabilitación, donde a la par de las investigaciones y el tratamiento en la fase aguda de la enfermedad, se realiza una fisioterapia intensiva y precoz.

Por rehabilitación se entiende aquella parte de la Medicina Integral que tiene por objeto superar las condiciones físicas, psíquicas y sociales de los inválidos, con el fin de integrarlos a la vida social y económica de la comunidad (4).

Durante muchos años la terapia de los hemipléjicos se reducía exclusivamente a reeducar la movilidad, con especial énfasis en la recuperación de la potencia muscular de los segmentos deficitarios. Hoy, el concepto ha variado y la meta del programa reeducador es la recuperación de la actividad central, refleja y periférica en el paciente (5).

Una condición del éxito de esta reeducación es la precocidad en su aplicación, y según estudios realizados (6) la mejoría de estos pacientes tiene lugar entre la etapa aguda y el tercer mes de evolución, sin modificaciones importantes después de esa fecha. Estas investigaciones corroboran otros estudios, los cuales demostraron que aunque se haga una rehabilitación intensiva precoz, no se logra progreso después del tercer mes. En nuestro país también se obtuvieron similares resultados en la investigación del Dr. Pérez Nellar, el cual sugiere énfasis en la terapia física durante los seis primeros meses, pero que después de transcurrido ese tiempo es más aconsejable, en caso de defecto, valorar el uso de dispositivos mecánicos.

En la presente investigación se demuestran diferencias significativas de la función motora de la mano entre el período subagudo y las seis primeras semanas de rehabilitación, debido a que los esfuerzos rehabilitatorios están bien encaminados a esta función. Por un lado se entiende el miembro afecto para lograr la coordinación y destreza precisas y por otro lado, se desarrolla al miembro sano que en ocasiones ha de sufrir el cambio de predominancia.

Sin embargo, lograr una función satisfactoria de la mano resulta muy difícil y no lo pueden lograr todos los pacientes hemipléjicos en rehabilitación ya que, la mayoría de las lesiones motoras son de predominancia en miembro superior y la representación cortical de esta extremidad es más amplia que la de la inferior, por otro lado, las neuronas centrales corresponden a la mano y su irrigación depende de la arteria cerebral media que es precisamente la que mayor número de ECV sufre. Y por último, la finura y destreza de los movimientos exige de un mayor desarrollo, y por lo mismo, tras una lesión es más difícil de recuperar tales

atributos, de ahí que, para que la mano llegue a ser funcional necesita de una plena recuperación.

Pero existen además numerosas secuelas que van unidas al daño cerebral con la consecuente afectación de las capacidades intelectuales que requieren un diagnóstico y un tratamiento neuropsicológico especiales.

En nuestro estudio no se obtuvieron diferencias significativas entre los dos períodos estudiados en cuanto al conocimiento somato-sensorial y la percepción visoespacial por lo que se demuestra que no se realizan acciones rehabilitatorias hacia estas funciones psíquicas. Claro que, las posibilidades de los fisiatras para lograr la recuperación de estas áreas dañadas son escasas, por cuanto se hace necesaria la participación de un neurosicológico dentro del equipo.

Un terreno en el que la Neuropsicología puede contribuir al esfuerzo del grupo de rehabilitación, es el de la predicción de la recuperación del paciente después del AVE. En 1984 Mervi Kotila y sus colaboradores (6) estudiaron 154 enfermos con AVE seguidos durante un año, y observaron que los disturbios neuropsicológicos juegan un importante papel en la recuperación del ataque. Ofrecen algunos índices pronósticos como son: la edad avanzada, la toma motora aguda, los trastornos de memoria, la inteligencia, el déficit viso perceptual, las reacciones emocionales inadecuadas, el vivir solo, etc. Todos estos aspectos influían negativamente en el proceso de recuperación.

Los síndromes neurosicológicos tales como la PVE y las deficiencias práctico visuales fueron consideradas de valor para la predicción de los resultados en la rehabilitación de varias investigaciones.

CONCLUSIONES

Existen diferencias significativas en cuanto al grado de recuperación de la FM después de las seis primeras semanas de rehabilitación, no sucedió así en el caso del CSS y la PVE.

La BDN utilizada fue efectiva para evaluar los cambios que se produjeron en las tres funciones estudiadas en los dos períodos señalados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfonso Carmen R. Entrevista al profesor Carlos Llavera. "Trabajadores", suplemento de salud 1990, julio 2
2. Tobis JS. Rehabilitación del paciente con hemiplejía. En: Conn HF. Terapéutica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1987: 819-23.

3. Wolf PA. Pace of recovery after stroke: The Faminghan. *Neurology* 1988; 1(38): 378.
4. Sivenius J. The significance of intensity of rehabilitation of stroke. *Stroke* 1985; 160: 913-916.
5. Kotila M. The profile of recovery from estroke and factors influency outcome. *Stroke* 1984;15: 1039-1044.
6. Ahlssie, B. Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 1984; 15:886-890.
7. Hachinski V. Prognostic indicates in cerebrovascular disease (II). Raven Press.1983: 700-710
8. Lehman JF. Stroke rehabilitation outcome and prediction. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*. 1975; 1(25):383-389.

Estela N. Sacasas Santana . Profesora Instructora en Psicología. ISCM-C. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.