


Estudio de la hemiplejía en San Vicente y las Granadinas (Original) **Study of hemiplegia in Saint Vincent and the Grenadines (Original)**

Denis Fitz-Allan Alister Byam. Rehabilitador y preparador físico del Equipo de críquet de San Vicente. San Vicente y Granadinas. [losadamayda1@gmail.com] .

Mayda Losada Robaina. Universidad de Ciencias de la Cultura Física y el Deporte. La Habana. Cuba. [losadamayda1@gmail.com] .

Recibido: 21 de agosto de 2021 / **Aceptado:** 2 de diciembre de 2021

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el tratamiento que reciben los pacientes hemipléjicos del Hospital Milton Cato en San Vicente. El estudio desarrollado es teórico descriptivo y se emplearon para su desarrollo métodos y técnicas de la investigación científica como el analítico-sintético, inductivo-deductivo, histórico-lógico, la encuesta y análisis de documentos. En el procesamiento de los datos fueron utilizados procedimientos de la estadística descriptiva e inferencial. Los resultados obtenidos, indican la situación actual del tratamiento de la hemiplejía en el Hospital Milton Cato en San Vicente.

Palabras claves: pacientes, hemiplejía, tratamiento.

Abstract

The objective of this research was to know the treatment that hemiplegic patients receive from the Milton Cato Hospital in San Vicente. The study developed is descriptive theoretical and scientific research methods and techniques such as analytical-synthetic, inductive-deductive, historical-logical, survey and document analysis were used for its development. In the data processing, descriptive and inferential statistics procedures were used. The results obtained indicate the current situation of hemiplegia treatment at the Milton Cato Hospital in San Vicente.

Keywords: patients, hemiplegia, treatment.

Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la cuarta causa de muerte, superada por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus en San Vicente y las Granadinas. Son la primera causa de incapacidad de origen neurológico, seguida

de la enfermedad del Alzheimer y se mantiene como principal causa de ingresos en instituciones por pérdida de la independencia de los adultos, no solamente en San Vicente; sino en el mundo. Según estudios epidemiológicos la frecuencia de la mortalidad de esta enfermedad es más elevada en las personas de raza negra que en las personas caucásicas, teniendo mayor prevalencia en hombres que en mujeres.

La mayoría de las veces la hemiplejía del adulto obedece a lesiones vasculares (hemorragia, embolia o trombosis cerebral), tumores o traumatismos. El cuadro clínico ofrece muchas variaciones según el grado y distribución de la espasticidad, y según el tipo de perturbaciones concomitantes del sensorio.

(Brain 1956 p.63) definió del siguiente modo los trastornos sensoriales en la hemiplejía: "Muchas veces está seriamente comprometida la apreciación de la postura y de los movimientos pasivos, así como la apreciación del tacto protopático y su localización exacta, y la discriminación de la dualidad de dos puntas de un compás.

A menudo se resiente la discriminación del tamaño, perímetro, forma, aspereza y textura. Aunque todavía se reconoce el elemento cualitativo del dolor, el calor y el frío, cuando los estímulos térmicos son de intensidad intermedia al paciente le resulta difícil discernir cuál de los dos es el más caliente."

Las perturbaciones sensoriales ejercen una profunda influencia sobre la capacidad para iniciar y realizar movimientos normales. Por su parte (Margaret Reinhold 1951 p.75) señaló que "los movimientos voluntarios dependen en parte de: La percepción de las sensaciones tanto superficiales como profundas, la potencia y la coordinación de los movimientos".

Todos nuestros movimientos son respuestas a estímulos sensoriales que inciden sobre el sistema nervioso central desde el mundo externo a través de los exteroceptores, la visión, el tacto y la audición.

La posibilidad de sufrir un ictus antes de la edad de 70 años es de uno en 20. El 20 % de los ictus, ocurre en personas menores de 65 años de edad. El 5 % de la población mayor de 65 años, sufre un ataque cerebral en algún momento de su vida. La incidencia de esta enfermedad se incrementa con la edad. Es de suponer que la prevalencia e incidencia de la enfermedad cerebrovascular aumenta en los años venideros debido a que, la población etárea crece continuamente en todos los países al incrementarse la expectativa de vida como consecuencia de los adelantos científicos

actuales, a los programas de salud y al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, más, tratándose de una afección que predomina en las personas de 50 o más años de vida.

El nivel de padecimiento de la hemiplejía es elevado en el mundo, siendo la primera causa de ingreso por trastornos neurológicos, con una incidencia anual global de alrededor de 800 casos por cada 100000 habitantes. Para los pacientes que presentan este síndrome invalidante como consecuencia de lesiones del sistema nervioso central (S.N.C), cuya mayor incidencia es el accidente cerebrovascular, el tratamiento neurológico consiste principalmente en fisioterapia con adaptación en los cambios impuestos a la postura y a los movimientos, y reeducación.

El ejercicio físico juega un papel importante en la recuperación de los mismos y su incorporación a la sociedad de una manera activa, acercándolos a los límites máximos de su capacidad y alejándolos del límite mínimo de su discapacidad.

Como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población de países desarrollados cada vez será mayor la incidencia del ictus ya sea hemorrágico o isquémico, pues a partir de los 55 años se duplica por cada década que pasa.

Sin embargo, los conocimientos y tecnologías novedosas en el campo médico, han permitido que se incremente la supervivencia de individuos que sufren estas enfermedades; dando lugar a una disminución de la mortalidad por ictus y un incremento de las expectativas de vida.

Si se tiene en cuenta que más del 50 % de los sobrevivientes presentan secuelas físicas y psíquicas, se manifiesta entonces el crecimiento de una población con déficit funcional importante. Una de las principales secuelas que provocan las enfermedades cerebrovasculares es la disminución de la función motora voluntaria y de la fuerza en el hemicuerpo contralateral al hemisferio lesionado, conocida como hemiparesia o hemiplejía. Toda esta situación provoca un impacto sanitario y social requiriendo una atención interdisciplinaria y especializada, en la búsqueda de estrategias terapéuticas que basadas en las propiedades neuroplásticas del sistema nervioso, se apoyan en la teoría que debe haber una mayor recuperación de los sujetos afectados y su posible reinserción social.

En los últimos 20 años se ha producido una explosión de conocimientos sobre las potencialidades "neuroplásticas" y la capacidad de recuperación motora de las secuelas del sistema nervioso central. El ejercicio físico, con un enfoque terapéutico,

contribuye al desarrollo de estas potencialidades, con un nivel de efectividad apreciable en pacientes con secuelas neurológicas, sobre todo, durante los primeros seis meses posterior al ictus.

Los abordajes terapéuticos tradicionales se han centrado en el tratamiento de la espasticidad, la alteración de los reflejos, la marcha, calidad de vida, el fortalecimiento muscular; prestando escasa atención a la variabilidad que existe de pacientes con accidente cerebrovascular con tiempo de evolución de hasta seis meses después de haber ocurrido el ictus, y en aquellos que han sufrido el accidente con un tiempo de evolución mayor de un año; aun reconociendo que en la mayoría de los pacientes que son atendidos precozmente después de haber ocurrido el evento, la recuperación funcional, su calidad de vida va a ser mucho mayor, que en aquellos pacientes que llevan más de un año de evolución.

La rehabilitación de las enfermedades cerebrovasculares es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional y económico que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida.

Durante años la terapia de los pacientes con hemiplejía 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 se concibe la rehabilitación como un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad en la medida que lo permita la utilización apropiada de todas sus capacidades residuales.

Una rehabilitación bien dirigida supone para un 85 % de pacientes con parálisis residual la posibilidad de llegar a caminar independientemente, aunque sea por el interior de la casa y necesite un bastón o una ortesis de pie, cuando más prematuro se inicie el tratamiento rehabilitador prescribirán máximas posibilidades recuperadoras, en el transcurso del tiempo y la aparición de complicaciones exigen disminuir gravemente estas posibilidades.

El Milton Cato Memorial Hospital en San Vicente, es el único centro médico integral que presta servicio a la población total de San Vicente y las Granadinas (110000 habitantes). Los accidentes cerebrovasculares han aumentado en el mundo y en San Vicente también es una problemática reportando 145 casos en el año 2013. No se tienen datos precisos de cómo son los tratamientos que reciben los pacientes con esta enfermedad.

El objetivo general es conocer el tratamiento que reciben las personas con hemiplejía en San Vicente y las Granadinas.

Desarrollo

La hemiplejia es una parálisis a un solo lado del cuerpo de un brazo, una pierna, el tronco y a veces la cara. Puede afectar simultáneamente a más de una parte del cuerpo. Cuando los músculos afectados quedan rígidos, recibe el nombre de hemiplejia espástica; si quedan flácidos y debilitados, el de hemiplejia flácida.

La hemiplejia suele definirse también como la parálisis de una mitad del cuerpo, pero en realidad el trastorno corresponde a una perturbación funcional de la actividad de los músculos del lado opuesto al hemisferio cerebral afectado, ya que no toda la musculatura se afecta por igual, sino que predomina el fallo de unos músculos sobre otros.

Existen distintos tipos de hemiplejia:

- Hemiplejia capsular completa: Afecta medio lado del cuerpo.
- Hemiplejia cortical: Afecta un lado de la cara y un brazo.
- Hemiplejia peduncular alterna: Afecta un brazo y una pierna.

Hemiplejia protuberancial alterna: Afecta a un lado de la cara, un brazo y una pierna.

Una causa frecuente de hemiplejia son los accidentes vasculares cerebrales (asociados a la hipertensión o la diabetes mellitus). Otras causas son los traumatismos craneales, los tumores cerebrales, la encefalitis, la esclerosis múltiple, las complicaciones de la meningitis o un trastorno de conversión (forma de trastorno psicológico).

Dentro de las causas de origen vascular tenemos:

- Trombótico.
 - Ocurre a lo largo de un vaso sanguíneo.
 - Progresa lentamente, el 50% de los pacientes presentan hipertensión arterial.
 - Normalmente ocurre cuando la presión sanguínea disminuye en la noche.
 - Produce una extensa zona de isquemia.

- La arteria más afectada es la cerebral media.
- Embólico:
 - Plaquetas, colesterol, fibrina, etc., obstruyen las arterias.
 - Tienen un inicio súbito.
 - Afecta distal mente a los vasos corticales.
- Hipoxia: Es debido a una falla cardiaca donde deja de fluir sangre al cerebro. Afecta a regiones cerebrales en un área más extensa.
- Lacunar:
 - Infartos cerebrales muy pequeños.
 - Ocurre sólo cuando afecta a las ramas arteriales (arteriolas) más pequeñas.
 - Afecta a los ganglios basales, cápsula interna, y tallo cerebral.
 - Puede ser producida por hipertensión arterial.
 - Su recuperación puede ser hasta de un 70%.
- Hemorrágico:
 - Es el más severo de los casos de EVC.
 - Puede ser producido por hipertensión arterial severa que rompen las arterias.
 - Puede producir muerte al inicio del padecimiento hasta un 50 a 70%.
 - Puede producir también hipertensión intra craneana.

Debido a una hemiplejia pueden ocurrir secuelas como:

- Pérdida del control voluntario de los músculos de un hemicuerpo (derecho o izquierdo) que afectan los miembros torácicos y pélvicos, con parálisis espástica.
- Dolor en la articulación del hombro y en la mano del lado afectado, como consecuencia de la inmovilidad.
- Contracturas musculares en el lado afectado.
- Limitación de la movilidad articular de las extremidades del lado afectado.
- Deformidades en pie, rodillas, hombro, codo y mano ocasionados por la espasticidad.
- Alteraciones en la conducta, depresión, pérdida del autoestima, estrés.
- Alteraciones neuro psicológicas con afección a la memoria, atención, cálculo etc.
- Alteraciones del lenguaje expresivo o receptivo o ambos.

- Limitación en el funcionamiento y restricción para actividades del cuidado personal, locomoción y participación social.

Existen diferentes factores de riesgo como:

- Hipertensión Arterial. Es el factor de riesgo más grande para sufrir un EVC.
- Enfermedad Cardíaca. Las enfermedades de las arterias coronarias produce la mayoría de las muertes, las Enfermedades Cardíacas pueden producir émbolos (fibrilación auricular).
- Antecedentes de previos EVC. El 50% de todos los pacientes con EVC presentaron un cuadro previo o una isquemia cerebral transitoria.
- Tabaquismo. Incrementa el riesgo para padecer dos o seis veces más que los pacientes que no fuman, este riesgo puede disminuir a partir de haber dejado de fumar durante 5 años.
- Obesidad, Colesterol, Café, Alcohol. Estos producen en forma aislada un bajo riesgo, pero que se ve incrementado cuando se combina con diabetes e hipertensión.

Muestra utilizada en la encuesta.

La muestra en la encuesta estuvo conformada por siete profesionales, tres en medicina y cuatro en fisioterapia.

Resultado de la encuesta a médicos especialistas y fisioterapeutas.

1. El 100% los encuestados expresan que no existe un programa de actividad física y ejercicios para mejorar el estado muscular y cardiovascular de pacientes con hemiplejía en el centro.

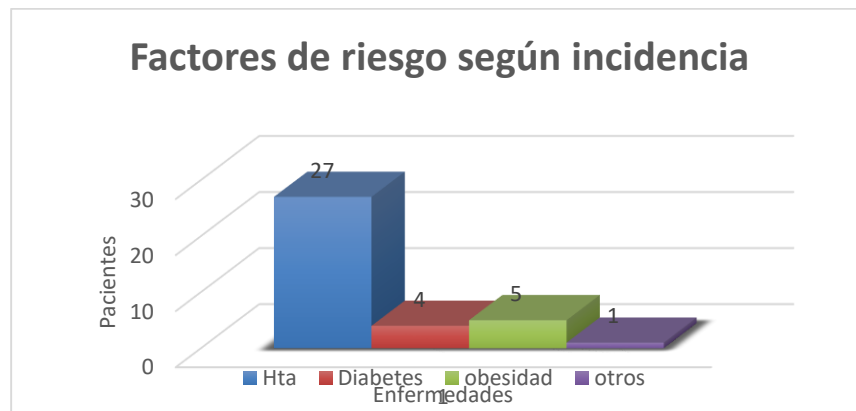
Es importante señalar que los programas que incorporan el conocimiento existente sobre el movimiento humano y engloban teorías sobre el aprendizaje y el desarrollo motor son cada vez más aceptados especialmente desde que estudios han evaluados otros métodos de neurofacilitación.

Las investigaciones en la debilidad muscular tras un accidente cerebrovascular han concluido que no solo hay una reducción de la fuerza muscular del lado contralateral a la lesión encefálica sino que las extremidades del lado ipsilateral muestran signos de debilidad muscular. La fuerza tras un accidente cerebrovascular puede aumentarse y mejorarse su función sin afectar adversamente la espasticidad. En la rehabilitación del accidente cerebrovascular, no se usa con frecuencia las medidas de la fuerza, pero se

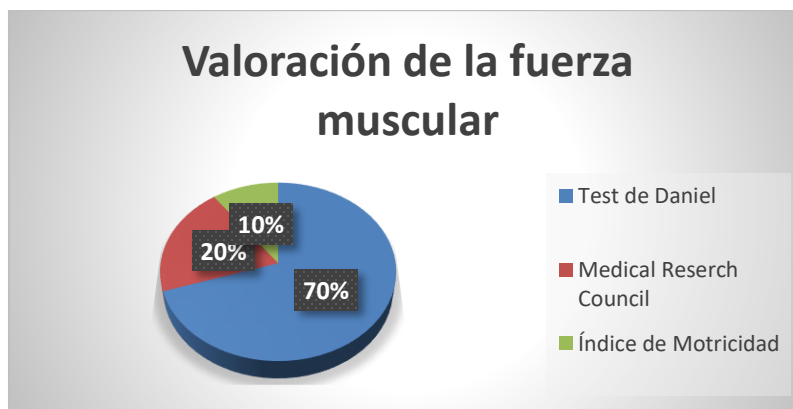
ha establecido que, a pesar de sus limitaciones pueden aportar información útil y fiable, siempre que sigan procedimientos estandarizados.

Las National Clinical Guide lines for Stroke tienen una sesión sobre ejercicios contra Resistencia porque las pruebas a favor de este tipo de intervención son cada vez mayores en estos pacientes.

2. El 100% de los fisioterapeutas atiende entre uno y cinco pacientes como promedio, con secuelas de hemiplejía post ECV. Esta secuela es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y San Vicente no escapa de esa realidad.
3. El factor de riesgo de mayor incidencia es la hipertensión arterial. Estos resultados no difieren de los indicadores epidemiológicos internacionales



4. Las escalas o instrumentos utilizados para evaluar las disfunciones de la función muscular se comportan de la siguiente manera:
 - El 70 % de los encuestados respondió que el test que más utilizan para valorar la fuerza muscular es el Test Daniel el 20% utiliza la escala muscular del Medical Research Council (MRC), y el 10 % el Índice de motricidad.

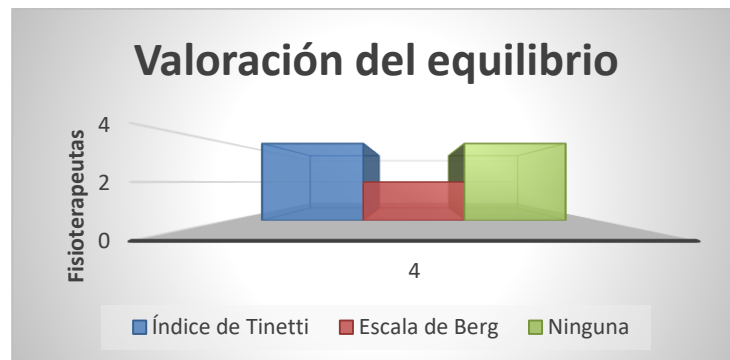


- El 60 % de los encuestados expresa que la escala que utilizan para evaluar el tono muscular es la Escala de Ashworth Modificada frente al 40 % que utiliza la Escala de Ashworth.

En este aspecto decir que la Escala de Ashworth Modificada tal como lo expresa el nombre es más sensible para evaluar la hipertonia por espasticidad.

- El 40 % de los encuestados utiliza el Test de Tinetti para evaluar el equilibrio, un 20 % utiliza la Escala de Equilibrio de Berg y un 40 % no responde nada.

La evaluación del equilibrio y la marcha por la Escala de Tinetti (1986-1988) no es muy sensible en los pacientes hemipléjicos en este caso es mucho más sensible la Escala de Equilibrio de Berg.



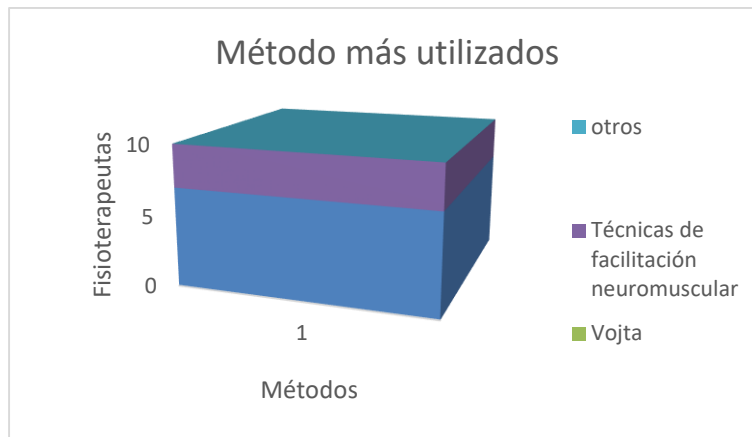
5. El 100 % de los encuestados no respondió a esta pregunta por lo que se infiere que no utilizan escalas funcionales globales para medir las limitaciones de la actividad.

Si los rehabilitadores físicos se limitan a medir las disfunciones y no el nivel de actividad como se orienta en la Clasificación Internacional de funcionamiento discapacidad y salud propuesta por la OMS desde 2001 y en constante perfeccionamiento nunca podrían insertar a los pacientes lo más normal posible a la sociedad.

6. El 100 % de encuestados no respondió a esta interrogante por lo que inferimos que ninguno evalúa el estado cardiovascular de estos pacientes.
7. El 100% de los encuestados expresan que conocen los métodos tradicionales utilizados en la neurorehabilitación. Esto se explica porque los métodos tradicionales forma parte de los métodos especiales en sus estudios de pregrado para su formación profesional.

8. El 60 % de los encuestados expresa que aplica el Concepto Bobath frente al 40 % que aplica las Técnicas de Facilitación Neuromuscular (TFN) en el tratamiento de pacientes con hemiplejía.

Los terapeutas suelen confiar en su tratamiento preferido y su experiencia clínica para justificar su teoría. Varias encuestas realizadas sobre rehabilitación tras un Ictus salvo la realizada por Carr y cols, han confirmado la dominancia del Concepto Bobath.



9. El 60 % de los encuestados que aplican el concepto Bobath expresan los principios en que el mismo, no siendo así el 40 % que aplican la TFN.

La importancia que tienen los programas de entrenamiento según las investigaciones sobre el tema es que pueden usarse con seguridad, aumentan la fuerza muscular, mejoran el nivel de actividad del paciente y no se ha visto que aumenten la espasticidad.

Conclusiones

Se pudo comprobar que los test más utilizados son: el Test de Tinetti para evaluar el equilibrio, la Escala de Ashworth Modificada para evaluar el tono muscular y, para valorar la fuerza muscular el Test de Daniel.

Teniendo en cuenta los resultados igualmente se infiere que no utilizan escalas funcionales globales para medir las limitaciones de la actividad y no se evalúa el estado cardiovascular de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

- Bergado-Rosado J.A., Almaguer-Melian W. Revista Neurológica. Artículo: Mecanismos Celulares de la Neuroplasticidad, Disponible en: <http://www.revneurol.com/31111/j111074.pdf>. Consultado el 10 de enero 2004.
- Bobath, B. (1993). Hemiplejía del Adulto, Valoración y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina.
- Bobath, B. (1978). Adult Hemiplejía: Evaluation and Treatment. London: Spotswood.
- Bobath, B. (1992). Hemiplejía del Adulto, Evaluación y Tratamiento. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires Argentina.
- Brunnstrom S (1970). Movement Therapy in Hemiplegic: a neurophysiologic approach. Philadelphia: Harper and row.
- Castillo Sánchez J, Álvarez Sabín J, Martí Vilalta JL, Martínez Vila F, Matías Guiu J, eds. Manual de enfermedades vasculares cerebrales. Barcelona: JR Prous, 1995; 33-40.
- Davies P.M. (2003) Pasos a seguir: tratamiento integrado de pacientes con Hemiplejía. Madrid, 2 ED, Editorial Médica Panamericana. Editorial Masson S.A.
- Díaz Capote, R (2004). Análisis de la efectividad de un programa neurorestauratorio en desarrollo de la marcha de pacientes hemipléjicos que han sufrido accidente Cerebro vasculares. Tesis de Maestría (Maestría en Cultura Física Terapéutica) La Habana, ISCF Manuel Fajardo. La Habana.
- Díaz Capote, R (2004) Análisis de la efectividad de un Programa Neurorrestaurativo en el desarrollo de la marcha de pacientes hemipléjicos que han sufrido accidentes cerebro vascular. Tesis de Maestría (Maestría en Cultura Física Terapéutica) La Habana, ISCF "Manuel Fajardo."
- Docampo, E. y colaboradores. (2004). Marcha del hemipléjico. Revista Científica Colegio de kinesiólogos. (Buenos Aires) No 9. P11-19.
- Fernández –Gubieda M y colaboradores. (1996). El ejercicio terapéutico. Concepto Básico, anátomo – fisiología. Rehabilitación (Madrid); 30:385 – 393.
- Flórez M. T. (2000). Intervenciones para mejorar la función motora de pacientes

con ictus. Rehabilitación (Madrid); 34: 423-437.

González Torres, José Antonio, (2007). Atención a personas con movilidad limitada y/o necesitadas de tratamiento a domicilio en el mejoramiento del estado físico general de un paciente con secuelas de ACV.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. La Rehabilitación después de una Apoplejía. Disponible en: www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/apoplejia_rehabilitacion.htm. Consultado el 15 de octubre 2003

Ramón Leiva, Enoel (2010). Recuperación funcional de los pacientes hemipléjicos después del tratamiento rehabilitador con la integración de la familia en el consejo popular Villa, municipio Cumanayagua, Provincia Cienfuegos.

Reinosa Risco, Dayron (2011). Influencia del Programa de ejercicios físicos terapéuticos en pacientes hemipléjicos (P.Coll) del policlínico Antonio Maceo, del municipio Cerro.

Sentmanat A. (2003). De vuelta a la vida. Sistema de Neurorrehabilitación Multifactorial Intensiva. La Habana. Sangovas. a. p 15 – 32.

Sentmanat, A. (1998) Orientaciones Metodológicas de Educación Física. Editorial. Pueblo y Educación, La Habana, Cuba.

Sentmanat, A. (2003). Sistema de Neurorrehabilitación Multifactorial Intensiva. De Vuelta a la Vida. CIREN. Cuba.