

Síndrome de heminegligencia en pacientes posictus

Heminegligence syndrome in post-stroke patients

Silvio González García^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2191-3592>

Rosa María Rodríguez Raposo² <https://orcid.org/0000-0003-0467-2886>

¹Policlínico Docente “Enrique Betancourt Neninger”. La Habana, Cuba.

²Policlínico Universitario “Antonio Maceo”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: siglez7780@gmail.com

Recibido: 16/07/2019

Aceptado: 17/10/2019

La heminegligencia espacial (HE) se define desde el punto de vista clínico como la incapacidad para atender, explorar y responder a estímulos nuevos o significativos presentados en el hemicampo contralesional; no atribuible a la presencia de una alteración motora o sensorial.^(1,2)

Son varias las frases que se usan en la literatura médica para referirse a la HE. Los más frecuentemente utilizados son heminegligencia espacial, negligencia unilateral, heminegligencia visuoespacial, desatención espacial unilateral o hemidesatención espacial.

Según el criterio de diversos autores, “el término heminegligencia no sería el más adecuado para denominar este síndrome porque la palabra negligencia transmite la idea de voluntariedad y las alteraciones presentadas no dependen de la voluntad de los pacientes. A pesar de esto, el término más difundido es ese”.⁽³⁾

La HE puede clasificarse como:

- Negligencia atencional o sensorial,
- negligencia intencional o motora,

- negligencia afectiva,
- negligencia representacional.

Además, la HE se clasifica como extrapersonal o personal.^(1,2)

En el caso de esta última, las formas más comunes son la anosognosia y la hemisomatoagnosia. La primera es cuando los pacientes son incapaces de reconocer sus déficits. La segunda se refiere a la incapacidad de reconocer el propio hemicuerpo afectado como parte de él.^(1,2)

La forma más frecuente de heminegligencia extrapersonal es la heminegligencia espacial, en la cual el paciente no reconoce los estímulos provenientes del espacio contralateral a la lesión cerebral (por ejemplo, comen únicamente la mitad del plato homolateral a la lesión cerebral).^(1,4)

Cerca del 25-30 % de los pacientes que presentan un ictus muestran signos de HE. De estos, entre el 40 y el 70 % se deben a una lesión en el hemisferio derecho. La etiología no siempre es de origen vascular. En la literatura médica se han descrito casos luego de traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple y enfermedades neurodegenerativas.^(5,6)

Los pacientes con heminegligencia tienen peor pronóstico si se comparan con otros pacientes con ictus que no padecen esta enfermedad. En cuanto a las actividades de la vida diaria, los pacientes con HE tienen menor puntuación de la escala de independencia funcional, mayor comprometimiento cognitivo, mayores índices de morbimortalidad y mayor tiempo de internamiento hospitalario.⁽³⁾

Después de una lesión cerebral se desencadena una serie de cambios que posibilitan lo que se ha denominado recuperación espontánea (RE), que ocurre gracias a la existencia de mecanismos de neuroplasticidad que activan el cerebro después de la lesión. La RE depende, entre otros factores, de:

- la edad del paciente
- la dominancia cerebral
- el nivel intelectual premórbido
- la etiología de la lesión
- la magnitud y extensión de la lesión

Algunos autores atribuyen la RE a tres causas: la recuperación del área de penumbra por reperfusión, el fenómeno de diasquisis y los altos niveles de neuroplasticidad homeostáticas que emergen en las primeras semanas posictus. Los estudios apuntan que después de las primeras 12 a 14 semanas posictus apenas se constata una mejora de los síntomas.⁽⁶⁾

El accidente cerebrovascular es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia promedio mundial de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes.

En Cuba, las enfermedades cerebrovasculares constituyen una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes y representan la tercera causa de muerte luego de las enfermedades del corazón y los tumores malignos. Según el *Anuario Estadístico de Salud*, en el país se reportaron 9465 defunciones por esta causa en el 2016, para una tasa de 84,2 por cada 100 000 habitantes.⁽⁷⁾

Se han propuesto múltiples técnicas para aliviar, reducir o rehabilitar la HE. La tendencia actual es a combinar intervenciones para poder incidir en más de un déficit de todos los que presenta el paciente con HE.

Cabe destacar que el diseño de la intervención juega un papel importante, independientemente de la cantidad o intensidad de las sesiones terapéuticas. Esto implica que el tipo de tratamiento utilizado no es el único factor relevante, sino que debe tenerse en cuenta tanto el diseño de la intervención como las técnicas empleadas.

Sin embargo, no existen evidencias sobre la eficacia de las técnicas o combinaciones de técnicas utilizadas en la rehabilitación de la HE. Tampoco hay consenso respecto a cuál es el momento idóneo para iniciar una determinada intervención. Además, se desconoce (o no se tiene en cuenta) la relación entre los programas de rehabilitación administrados en la fase aguda posictus y la influencia de RE.⁽⁶⁾

Referencias bibliográficas

1. García de la Rocha ML. Heminegligencias. Rev Infomed. 2012 [acceso: 07/01/2019]. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/10_heminegligencias.pdf
2. López Argüelles J, Alfonso León D, Barboza Sanchis S, Pérez Manso D. Heminegligencia y hemianopsia. Presentación de un caso. Hospital General Universitario

“Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Medisur. 2012 [acceso: 07/01/2019]; 10(4). Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/317517089>

3- Leite Lopes M, De Sant Anna M, Pereira Ferreira H, Fiorelli R, Hugo Bastos V, Orsini M, et al. As diferentes manifestações da heminegligência e sua avaliação clínica. *Fisioterapia Brasil. Rev.* 2018 [acceso: 07/01/2019]; 19(2): 241-8. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/911303/as-diferentes-manifestacoes-da-heminegligencia-e-sua-avaliacao-clinica.pdf>

4- Cid Guede E, González González Y, Da Cuña Carrera I. Tratamiento fisioterapéutico de la heminegligencia secundaria a un accidente cerebrovascular. Facultad de Fisioterapia. Departamento de Biología Funcional y Ciencias de la Salud. Universidad de Vigo. España. *Archivos de Neurociencias (Mex).* 2018 [acceso: 07/01/2019]; 23(2). Disponible en: <http://archivosdeneurociencias.com>

5- Mesa Barrera Y, Fernández Concepción O, Hernández Rodríguez T, Parada Barroso Y. Calidad de vida en pacientes postictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Rev Haban Cienc Méd.* 2016 [acceso: 07/01/2019]; 15(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1729519X2016000400004&lng=es>

6- Aparicio López C, García Molina A, Enseñat Cantallops A, Sánchez Carrión R, Muriel V, Tormos JM, et al. Heminegligencia visuoespacial: aspectos clínicos, teóricos y tratamiento. *Acción Psicológica.* 2014 [acceso: 15/01/2019]; 11(1):95-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v11n1/09_original9.pdf

7- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Accidente cerebrovascular. Diagnóstico, terapia y factores de riesgo. *Bibliomed* 2017 [acceso: 18/02/2019]; 24(6). Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2017/06/bibliomed-junio2017.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Ambos autores colaboraron de igual manera en la revisión de la literatura y la redacción del artículo.