

Título: Diagnóstico Neuropsicológico del paciente con lesiones cerebrales: aneurismática y tumorales

Autora:

Lic. Mayela Marrero Aliño.
Licenciada en Psicología, Especialista en Psicología de la Salud.

Lic. Jenett Goenaga Morejón. Licenciada en Psicología.

Departamento de Psicología

Email:psico@hha.sld.cu

Introducción

El diagnóstico neuropsicológico puede determinar la presencia de síndromes cognoscitivos/ comportamentales y/o emocionales y puede sugerir la etiología de la condición patológica, su topografía, su posible evolución, y cuáles podrían ser las medidas de rehabilitación y manejo para el paciente.

Las alteraciones neuropsicológicas clínicas definidas como síndromes son aquellas que pueden hallarse en caso de enfermedad cerebral, e incluyen entonces: afasia, alexia, agrafia, acalculia, amnesia, apraxia, agnosia, trastorno visoespacial, síndrome disejecutivo, demencia, etc.

Las decisiones diagnósticas en neuropsicología de las habilidades o dominios evaluados deben tener en cuenta:

1. El criterio psicométrico de anormalidad.
2. El criterio funcional de anormalidad.
3. La congruencia entre el criterio psicométrico y funcional de anormalidad.

4. Que un solo puntaje anormal no es suficiente para hacer un diagnóstico.
5. Congruencia entre los puntajes obtenidos en las diferentes subpruebas.

Objetivo

Analizar el estado cognoscitivo de un individuo y la presencia de posibles síndromes clínicos cognoscitivos/comportamentales y emocionales que pueden aparecer asociados con disfunciones o anomalías cerebrales derivadas de: una HSA aneurismática o Tumores Intracraneales, así como de su tratamiento, atendidos en el servicio de neurocirugía.

Desarrollo

Estructura asistencial

Recursos humanos: Licenciados en Psicología con entrenamiento en neuropsicología

Recursos materiales:

- Pruebas neuropsicológicas y psicológicas.
- Abastecimiento regular de hojas y lápices.
- Local que reúna condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y temperatura.
- Computadora o acceso a ella para el manejo de las bases de datos y documentos, con posibilidad de incorporar Diagnóstico Psicológico por Computadora.

Participación del Psicólogo

Actividades generales:

1. Participación en las entregas de guardia.
2. Participación en los pases de visita.
3. Participación en las discusiones de casos colectivas.

Actividades específicas:

1. Atender, evaluar y dar seguimiento a los pacientes con lesiones cerebrales aneurismáticas y tumorales atendidos en el servicio de neurocirugía.
2. Aplicar las pruebas psicológicas y neuropsicológicas, evaluarlas y elaborar informe.
3. Acercamiento diagnóstico y terapéutico a los grupos familiares y a los acompañantes de los pacientes de neurocirugía.
4. Atención e intervención en la dinámica del funcionamiento del equipo asistencial ante dilemas grupales o personales.

Universo

- Pacientes atendidos en el servicio de neurocirugía con lesiones cerebrales aneurismáticas y tumorales.

Procedencia de los pacientes

- Pacientes atendidos por el equipo de salud de neurocirugía del hospital.

- Criterio de admisibilidad

Los pacientes atendidos en neurocirugía con lesiones cerebrales aneurismáticas y tumorales y sean remitidos por su equipo de salud.

Criterios diagnósticos y modos de evaluación por etiología

Cuando se practica un examen neuropsicológico a un paciente que tiene un tumor cerebral, es importante considerar por lo menos cuatro factores que influyen en su sintomatología actual:

- (1) la localización específica del tumor.
- (2) el tamaño del tumor.
- (3) invasión del tejido cerebral.
- (4) velocidad de crecimiento.

Los efectos de los tumores sobre el sistema nervioso se derivan de uno o más de los siguientes factores:

- (1) aumento de la presión intracraneana
- (2) creación de focos epileptogénicos.
- (3) destrucción del tejido cerebral
- (4) trastornos del patrón endocrino

Pruebas diagnósticas básicas y/o confirmatorias

El proceso incluye: el estudio de la historia clínica y los complementarios de imaginología, bioquímica, oftalmología, electroencefalografía, y otros recogidos en su historia o remisión, la cuidadosa recopilación de la anamnesis, la observación

detallada de la conducta del paciente en condiciones clínicas, la entrevista al familiar o cuidador primario, el análisis de sus síntomas neurológicos y la administración de métodos e instrumentos de evaluación psicológica estandarizados, o tareas cognitivas específicas, según la selección que haga el neuropsicólogo en función del proceso evaluado. Se presenta una propuesta por módulos:

Módulo 1. Lesiones intracraneales extracerebrales (bóveda craneal)

Consulta 1. (Pre- operatoria)

- Entrevista.
- Evaluación Neuropsicológica de:
 - Procesos y Funciones neurocognitivas:
 1. MoCA test (evaluación cognitiva global)
 2. TBA (evaluación de la atención)
 3. HVLT (evaluación de la memoria)
 4. FVS y F (evaluación de la fluidez del lenguaje)
 5. Boston (evaluación del lenguaje denominativo)
 6. Wisconsin (evaluación de las funciones ejecutivas)
 - Procesos afectivos:
 1. Idare (ansiedad rasgo/estado)
 2. Idere (depresión rasgo/estado)

Orientación psicológica a pacientes y familiares.

Consulta 2. (post-operatoria)

1. Evaluación clínica neuropsicológica del estado del paciente.
2. Aplicación de pruebas según defecto que se puede estandarizar en :
 - MoCAtest
 - Wisconsin
 - Idare
 - Idere

Módulo 2. Lesiones intracraneales intracerebrales

Consulta 1. (pre-operatoria o en área de hospitalización)

1. Entrevista Neuropsicológica
2. Evaluación Neuropsicológica:
 - MoCA test (evaluación cognitiva global)
 - FVS y F (evaluación de la fluidez del lenguaje)
 - Trail Mailing (alternancia)

Evaluación de los estados emocionales displacenteros:

- Idare (ansiedad rasgo/estado)
- Idere (depresión rasgo/estado)

Evaluación del afrontamiento al proceso salud-enfermedad:

- Test de afrontamiento

Orientación psicológica familiar y al paciente

Recomendaciones en términos de acciones de rehabilitación de funciones neurocognitivas a largo plazo.

Consulta 2. (post-operatoria)

1. Evaluación clínica Neuropsicológica.

Módulo 3. Lesiones de la hipófisis y la base de cráneo.

Consulta 1. (pre-operatoria)

1. Entrevista Neuropsicológica

2. Evaluación neuropsicológica cognitiva:

- MoCA test (evaluación cognitiva global)
- TBA (evaluación de la atención)
- HVMLT (evaluación de la memoria)
- Figura Compleja de Rey (funciones ejecutivas y de visuoconstrucción)
- FVS y F (evaluación de la fluidez del lenguaje)
- Trail making (alternancia)
- Wisconsin (evaluación de las funciones ejecutivas y sus variables)

3. Evaluación de los estados emocionales displacenteros

- Idare (ansiedad rasgo/estado)

- Idere (depresión rasgo/estado)

Consulta 2. (post-operatoria)

1. Evaluación clínica neuropsicológica (inmediata)
2. MoCA test (evaluación cognitiva global)
3. Wisconsin (evaluación de las funciones ejecutivas y sus variables)

- Estas últimas dos pruebas se aplicarán a la semana de la cirugía.
- Orientación psicológica a pacientes y familiares

Es importante tener en cuenta en el momento de diagnóstico neuropsicológico de un paciente con lesión vascular del tipo aneurismática que:

1. el aneurisma por sí mismo no provoca alteración neuropsicológica (cognitiva/conductual y/o emocional).
2. la presión intracraneal provocada por el sangramiento provoca alteración de algunas de las esferas de funcionamiento del paciente del tipo aguda.
3. el vasoespasmo es una complicación que está asociada a alteraciones neuropsicológicas.
4. la topografía del aneurisma puede estar relacionada con alteraciones neuropsicológicas específicas dado el territorio al que irrigue
5. la circulación sanguínea cerebral a la cual pertenezca el aneurisma tiene que ver con el rendimiento neurofuncional del paciente

6. los pacientes operados de aneurismas intracraneales suelen tener alteraciones neuropsicológicas por secuelas provocadas de la propia enfermedad y del proceso de tratamiento.
7. se debe tener en cuenta en el diagnóstico post quirúrgico la cicatrización de tejido cerebral y la reversión espontánea de alteraciones de funciones neuropsicológicas.
8. un paciente operado puede tener secuelas provocadas por infartos cerebrales o vasoespasma que pueden ser permanentes.

Módulo 4. Lesiones Vasculares (aneurismas)

Pre – operatorio.

1. Valoración clínica neuropsicológica al paciente.
2. Entrevista estructurada (datos de interés) a familiares.
3. MoCA test. (evaluación cognitiva global)

Post-operatorio (72 horas según estado clínico, a los tres meses, al año)

1. MoCA test (evaluación cognitiva global)
2. FAB. (cuestionario de evaluación frontal de Litvan)
3. Wisconsin. (evaluación de las funciones ejecutivas)
4. Idare (autovaloración ansiedad rasgo/estado)
5. Idere (autovaloración depresión rasgo/estado)

6. Metodología de Impacto Familiar (cuestionarios 1 y 2)
7. Evaluación neurocomportamental (entrevista estructurada.)

Recomendaciones terapéuticas

En dependencia del diagnóstico definido por el evaluador será que se tracen estrategias de tratamiento y de orientación a pacientes y redes de apoyo, indicando:

1. Vigilancia del paciente para la realización de actividades de la vida diaria, en caso de conservación física para realizarlas y déficit de algún dominio cognitivo que pueda provocar la implicación de algún daño o perjuicio al paciente y/o familiares.
2. Limitación o suspensión de las actividades instrumentales por condición cognitiva.
3. Organización del horario de vida, incluyendo el horario y horas de sueño que debe de cumplir.
4. Tratamiento de neurorehabilitación
5. Tratamiento psicológico de orientación y psicoterapia, orientados a pacientes y familiares.

Seguimiento al alta hospitalaria.

El seguimiento al alta hospitalaria se realizará al mes, a los tres meses, a los seis meses y luego al año. En cada uno de los encuentros se realizará una entrevista de seguimiento al paciente, a los familiares y una evaluación neuropsicológica que irá dirigida básicamente a evaluar las secuelas neuropsicológicas que hayan quedado como consecuencia del daño cerebral,

así como la evaluación de las tareas de rehabilitación indicadas y de los aspectos emocionales y conductuales.

Indicadores

| Indicadores de Estructura | | Estándar |
|--|--|----------|
| Recursos humanos | % de psicólogo con entrenamiento en el contenido del protocolo | 100 % |
| Recursos materiales | % de disponibilidad de los test y pruebas neuropsicológicas expuestos en el PA | ≥95 % |
| | % de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones (pruebas psicológicas y cuestionarios específicos) | ≥ 90 % |
| Recursos Organizativos | % de planillas para la recogida de datos del PA | 100% |
| | % de base de datos electrónica | 100% |
| Indicadores de Procesos | | Estándar |
| % de pacientes para ser atendidos acorde a los remitidos por un equipo | | ≥ 70 % |
| % de pacientes bajo tratamiento que deberán cumplir los períodos fijados de evaluación | | ≥90 % |
| % de pacientes con aplicación de registros primarios y pasados a la Base Datos. | | 80-100% |
| Indicadores de Resultados | | Estándar |
| % de pacientes con respuesta congruente de resultados y síndromes esperables. | | ≥ 80 % |
| % de pacientes con respuesta satisfactoria al tratamiento psicológico (modos de afrontamiento, etc.) | | ≥ 80 % |

% de pacientes con recuperación de funciones afectadas
que responden satisfactoriamente a la rehabilitación

≥ 60 %

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson
- Albert, M.L., Feldman R.G. & Willis A.L. (1974) The subcortical dementia of progressive supranuclear palsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 37, 121-130.
- Anderson, T., Heitger, M. & Macleod, A.D. (2006). Concussion and Mild Head Injury. *Practical Neurology*, 6, 342–357
- Ardila, A., Lopera, F., Pineda, D., & Rosselli, M. (1995). Neurología comportamental y neuropsicología. *Acta Neurológica Colombiana*, 11, 88-93.
- Ardila, A., Ostrosky-Sols, F. & Bernal, B. (2006). Cognitive testing toward the future: The example of Semantic Verbal Fluency (ANIMALS). *International Journal of Psychology*, 41, 324 – 332).
- Ardila, A. (2009). *Korsakoff syndrome*. San Diego: Medlink Neurology
- Ardila, A., Bertolucci, P. H. , Braga, L.W., Castro-Caldas, A., Judd, T., Kosmidis, M.H., Matute, E., Nitrini, R., Ostrosky-Solis, F., & Rosselli, M. (2010). Illiteracy: Neuropsychology of cognition without reading:. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 689–712
- Berg. E.A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking *Journal of General Psychology*, 39, 15-22.
- Capitani, E., Laiacona, M., Pagani, R., Capasso, R., Zampetti, P., & Miceli, G. (2009). Posterior cerebral artery infarcts and semantic category dissociations: a study of 28 patients. *Brain*, 132, 965-81.

- De Renzi, E., Vignolo, L.A. (1962) The Token Test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665-678.
- Feinberg, T.E., Venneri, A., Simone, A.M., Fan, Y. & Northoff, G. (2009). The neuroanatomy of asomatognosia and somatoparaphrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of psychiatric research*, 12, 189–98.
- Heaton, R.K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL. Ardila & Ostrosky. Diagnóstico Neuropsicológico 36
- Jäger, T., Bänzner, H., Kliegel, M., Szabo, K. & Hennerici, M.G. (2009). The transience and nature of cognitive impairments in transient global amnesia: a meta-analysis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31, 8-19
- Kaplan, E.F., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1978). *The Boston Naming Test*. Boston: E. Kaplan & H. Goodglass.
- Kopelman, M.D., Thomson, A.D., Guerrini, I. & Marshall, E.J. (2009). The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44. 148–54
- Lezak, M.D., Howieson. D.B., Loring, D.W., Hannay, H.J. & Fischer, J.S. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford. 4a edición.
- Lopera, F. (2008). Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos, *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8, 59-76
- Luria, A. R. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. Mexico, D.F.: Fontamara
- Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Ostrosky-Solis, F. (2007). *ENI: Evaluación neuropsicológica infantil*. Guadalajara (México): Manual Moderno – UNAM – Universidad de Guadalajara.

- Michell, J. (1999). *Measurement in Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ostrosky-Solís, F., Gómez, M.E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. & Pineda, D. (2007). Neuropsi Attention and Memory: A neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Applied Neuropsychology*, 14, 156-70.
- Pineda, D., Ardila, A., & Rosselli, M. (2010). Neurología del comportamiento. En: J. Toro (Ed), *Manual de Neurología*. México: El Manual Moderno
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa. 22^a edición.
- Spreen, O. & Strauss, E. (2006). *A compendium of neuropsychological tests. Administration, norms and commentary*. New York: Oxford. 3a edición.
- Wechsler, D. (1997a). *WAIS-III: Administration and scoring manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Wechsler, D. (1997b). *WMS-III*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- World Health Organization (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10a edition.