

ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS POR EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A VAPORES DE MERCURIO EN EL BAGRE (ANTIOQUIA, COLOMBIA)

Resumen. Introducción. *El departamento de Antioquia es el primer productor de oro en Colombia; en sus zonas auríferas la población está expuesta a altos niveles de mercurio, metal utilizado en los procesos de extracción y purificación. Estudios realizados en Colombia en materia de neurotoxicidad destacan el peligro del mercurio desde el punto de vista ambiental y en salud ocupacional, pero no se han estudiado los efectos de la exposición crónica sobre las funciones cognitivas.* Objetivo. *Determinar si en los mineros de la región antioqueña de El Bagre se presentan alteraciones neuropsicológicas y/o comportamentales como consecuencia de la exposición ocupacional a vapores tóxicos de mercurio.* Pacientes y métodos. *La muestra la componen 22 varones, residentes en El Bagre, con edades entre 20 y 45 años, diestros y con un tiempo mínimo de exposición al mercurio de tres años. El grupo control está formado por 22 varones no expuestos, residentes en una región sin actividad minera del departamento y pareados con los casos por edad y escolaridad. A los individuos de ambos grupos se les realizó una evaluación neuropsicológica, un examen médico y se les aplicaron escalas comportamentales.* Resultados. *En el grupo de casos se encontraron alteraciones que pueden agruparse como: daño intelectual (alteración en la función ejecutiva y las praxias construccionales, principalmente); alteración emocional (síntomas de depresión y ansiedad) y alteraciones neurológicas (amnesia, insomnio y temblor lingual). En el grupo control, por el contrario, no se hallaron alteraciones. Conclusión. La exposición al mercurio genera alteraciones neuropsicológicas y comportamentales específicas en ausencia de daño físico y fisiológico detectable clínicamente.* [REV NEUROL 2000; 31: 712-6] [<http://www.revneurologia.com/3108/j080712.pdf>]

Palabras clave. Alteraciones comportamentales. Explotación aurífera. Exposición ocupacional al mercurio. Mercurio. Pruebas neuropsicológicas. Toxicidad del mercurio. Trastornos cognitivos.

ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS POR EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A VAPORES DE MERCÚRIO EM EL BAGRE (ANTIOQUIA, COLÔMBIA)

Resumo. Introdução. *O departamento de Antioquia foi o primeiro produtor de ouro na Colômbia; nas suas zonas auríferas a população está exposta a altos níveis de mercúrio, utilizado nos processos de extração e purificação. Estudos realizados na Colômbia em matéria de neurotoxicidade destacam o perigo do mercúrio do ponto de vista ambiental e na saúde ocupacional, no entanto não foram estudados os efeitos da exposição crónica sobre as funções cognitivas.* Objectivo. *Determinar se os mineiros da região de El Bagre (Antioquia, Colômbia) apresentam alterações neuropsicológicas e/ou comportamentais como consequência da exposição ocupacional a vapores tóxicos de mercúrio.* Material e métodos. *A amostra é composta por 22 homens, residentes em El Bagre, com idades compreendidas entre 20 e 45 anos, dextros e com um tempo mínimo de exposição ao mercúrio de três anos. O grupo de controlo é formado por 22 homens não expostos, residentes numa região não mineira do departamento e agrupados por idade e escolaridade. Nos indivíduos de ambos os grupos realizaram-se avaliações neuropsicológicas, exame médico e foram aplicadas escalas comportamentais.* Resultados. *No grupo de casos acharam-se alterações que podem agrupar-se da seguinte forma: dano intelectual (alteração na função executiva e nas praxes construccionais, principalmente); alteração emocional (sintomas de depressão e ansiedade) e alterações neurológicas (amnésia, insónias, tremor lingual). No grupo de controlo, pelo contrário, não se achou qualquer alteração.* Conclusão. *A exposição ao mercúrio gera alterações neuropsicológicas e comportamentais específicas em ausência de dano físico e fisiológico detectável clinicamente.* [REV NEUROL 2000; 31: 712-6] [<http://www.revneurologia.com/3108/j080712.pdf>]

Palavras chave. Alterações comportamentais. Exploração aurífera. Exposição ocupacional ao mercúrio. Mercúrio. Perturbações cognitivas. Toxicidade do mercúrio. Testes neuropsicológicos.

Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral

M.E. García-Navarro^a, M. Tacoronte^b, I. Sarduy^b, A. Abdo^c, R. Galvizú^c,
A. Torres^d, E. Leal^a

THE EFFECT OF EARLY STIMULATION IN CEREBRAL PALSY

Summary. Introduction. *Early stimulation is known to be useful, necessary treatment aimed at developing as much as possible the social psychophysical potential of any child at high environmental and/or biological risk. This group includes children with cerebral palsy, a disorder of the nervous system which may cause retardation in the processes of maturation of the central nervous system and be expressed from the earliest months of the child's life as retardation of psychomotor development.* Objective. *To show the efficiency of early stimulation in children diagnosed as having cerebral palsy and retardation of psychomotor development.* Patients and methods. *A retrospective study was made of 20 children aged between 9 and 41 months with this diagnosis, in the hospital of CIREN (Cuba). They were treated for a period of 1 to 3 months by a multi-disciplinary team and participated in the programme for Early Stimulation. Assessment was made by the Neuropsychology Department at the start and end of the treatment period, using the first part of the Brunet-Lezine scale for the measurement of psychomotor development in early childhood.* Results. *In all patients there was a favorable course and new abilities were acquired. There was better performance than before the treatment was started and accelerated rate of development during the period of treatment.* Conclusion. *Patients with cerebral palsy and psychomotor retardation benefit from application of a programme of Early Stimulation.* [REV NEUROL 2000; 31: 716-9] [<http://www.revneurologia.com/3108/j080716.pdf>]

Key words. Brunet-Lezine Scale. Cerebral palsy. Early stimulation. Psychomotor development.

Recibido: 26.09.99. Recibido en versión revisada: 31.01.00. Aceptado: 17.07.00.

^a Dpto. de Neuropsicología. ^b Dpto. de Rehabilitación. ^c Servicio de Neurología Pediátrica. ^d Dpto. de Procesamiento de Imágenes. Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). ^e Servicio de Terapia Intensiva. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

Correspondencia: Lic. M.^a Eugenia García Navarro. Dpto. de Neuropsicología. Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). Ave. 25, # 15.805 e/ 158 y 160. Rpto. Cubanacán, Playa. CP 11300 La Habana, Cuba. Fax 537 336 339, 537 336 028. E-mail: eugenia@neuro.sld.cu

© 2000, REVISTA DE NEUROLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del niño está íntimamente ligado a los procesos de maduración del sistema nervioso, sobre todo en lo que respecta a las funciones psicomotoras. Cualquier tipo de alteración en este sistema se traducirá en un trastorno madurativo que impedirá la aparición de una correcta integración funcional.

Dentro de las alteraciones del sistema nervioso central (SNC) que conllevan la afectación de los procesos de maduración y, por ende, el compromiso y retraso del desarrollo psicomotor en la población infantil, es conocida la parálisis cerebral (PC), con una incidencia que varía alrededor del 2% de los nacidos vivos en los países desarrollados y de 2,5 a 5 casos por 1.000 nacidos, en los países en desarrollo [1], sin que se evidencie una tendencia a disminuir a través de los años [2]. La PC es diagnosticada cuando existe un trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente –pero no invariable–, secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro [3]. Puede tener su origen en el período prenatal (25%), en el período perinatal (48%) o durante el período posnatal o en los primeros años de vida (6%) [3]. Se clasifica de acuerdo con diferentes aspectos. Desde el punto de vista clínico, se divide en: espástica, hipotónica, mixta, atetósica y atáxica [4], y en la mayoría de las ocasiones, independientemente del tipo de PC, se encuentra retraso en el desarrollo psicomotor del niño.

En estos casos, el hecho de que la agresión tenga lugar en un cerebro en desarrollo va a condicionar los siguientes aspectos:

- El trastorno psicomotriz se va a producir en una época temprana (período pre, peri y posnatal) e interferirá en la maduración del sistema nervioso, en muchos casos antes de que la función se haya aprendido, por lo que el niño no tendrá una experiencia previa del movimiento normal.
- El sistema nervioso está en desarrollo, por lo tanto, sin una especificación de funciones en las distintas áreas. Ello permite que otras partes de dicho sistema puedan encargarse de funciones de las áreas lesionadas y se establezcan vías suplementarias de transmisión; de esta forma se evidencia, a través del mecanismo de recuperación de transferencia estructural, la plasticidad del sistema nervioso [3,5].

Una premisa importante para la evolución normal en el niño, con influencia en las diferentes fases del desarrollo, es la necesidad de la experiencia sensorial y el ejercicio (acción misma del niño), de modo que el número y la calidad de las primeras experiencias que recibe resulten esenciales para su desarrollo; y, en caso de no producirse en un grado mínimo, los defectos resultarán en muchos casos irreversibles. Siguiendo esta línea se cree que la maduración del niño depende no sólo de lo que trae consigo al nacer, sino también de lo que el medio le aporta [6]; así, se plantea como idea, en la que todos están unánimemente de acuerdo [7], la necesidad de estimular adecuadamente el organismo durante su período de crecimiento para, de este modo, contribuir a acelerar el desarrollo mental y social, e interrumpir o corregir los defectos y actuar en la prevención de la subnormalidad.

Este tratamiento realizado durante los primeros años se conoce como estimulación temprana (ET) y se define como la estimulación regulada y continuada, llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso, y determinada por su carácter sistemático y secuencial [7]. Se basa, desde el punto de vista teórico, en la psicología del desarrollo, la psicología de la conducta y la neurología evolutiva.

Tabla.

	EDG final	CDG final	Ritmo de desarrollo durante el tratamiento
Parálisis cerebral	-0,15	0,08	0,20
Edad cronológica	0,30	-0,38	0,12

EDG: edad de desarrollo general; CDG: coeficiente de desarrollo.

La acción de esta estimulación se sitúa fundamentalmente, aunque no se limita sólo a este período, en los primeros años de vida del niño, donde su comportamiento, según Piaget, se corresponde con la inteligencia sensitivo-motora. El niño responde a estímulos sensitivos con respuestas motoras y, en muchos casos, la ausencia de respuestas motoras a la estimulación de tipo sensorial expresa compromiso neurológico: las limitaciones para el movimiento activo conllevan un retraso en el despliegue de su capacidad perceptiva, que interfiere de esta forma su capacidad intelectual total. El desarrollo normal del niño en su totalidad física, mental, emocional y social depende de esta capacidad motora, y es difícil decidir si un niño con PC sufre retraso primario o secundario, debido a la falta de experiencia causada por su inmovilidad [8].

Es necesario mencionar que durante esta etapa se emplea y se ha utilizado desde el comienzo de nuestro trabajo, el término ‘desarrollo psicomotor’, el cual, desde el punto de vista teórico, para una mejor comprensión de cada una de las adquisiciones que el niño debe ir incorporando, se divide en áreas del desarrollo diferentes en su terminología, según el autor al cual nos referimos.

Apoyándonos en todo lo anteriormente señalado, consideramos que los niños con PC, independientemente del tipo, se beneficiarán con un tratamiento de estimulación temprana.

El presente trabajo pretende reflejar la veracidad de este planteamiento a partir de la respuesta ante la estimulación en una muestra de niños con PC; así pues, nuestro objetivo es demostrar la eficacia de la estimulación temprana en los niños con PC y retraso en su desarrollo psicomotor.

PACIENTES Y MÉTODOS

Muestra

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Centro Internacional de Restauración Neurológica de La Habana, Cuba, en la Clínica de Neurología Infantil, entre enero de 1997 y diciembre de 1998. Se seleccionaron los 20 pacientes con diagnóstico de PC, emitido por el Servicio de Neurología.

La muestra estuvo formada por 20 sujetos (nueve del sexo femenino y 11 del masculino), con diagnóstico de PC: siete casos (35%) de causa prenatal y 13 casos (65%) de causa perinatal. De ellos, 12 niños (60%) fueron clasificados como portadores de una parálisis tipo espástica, cuatro niños (20%) como hipotónica, tres niños (15%) como de tipo mixta y un niño (5%) atetósica. Las edades estaban comprendidas entre los 9-41 meses.

Con relación al período de tratamiento, cinco niños (25%) recibieron el programa de estimulación en un mes, nueve niños (45%) durante un mes y medio, tres niños (15%) en un período de dos meses y los tres niños (15%) restantes se mantuvieron durante tres meses.

Materiales

Se revisaron las historias clínicas y se recogieron en cada caso: el diagnóstico neurológico, con la clasificación del tipo de PC, la edad cronológica, el sexo, el tiempo que estuvo sometido el paciente al tratamiento de rehabilitación y los datos de la evaluación inicial y final realizada por el Departamento de Neuropsicología.

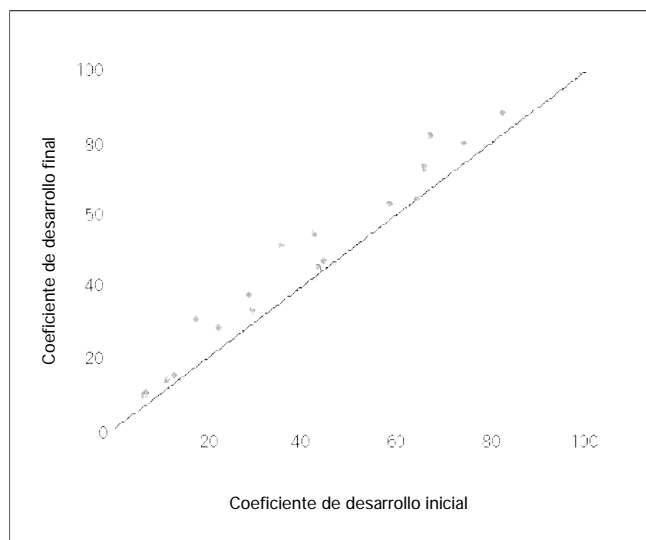


Figura 1. Relación entre el coeficiente de desarrollo inicial y el coeficiente de desarrollo final.

En la evaluación neuropsicológica se utilizó la escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lezine (primera parte) [9], el cual mide el desarrollo psicomotor del niño, desde el primer mes de nacido hasta los 30 meses, y divide el desarrollo psicomotor en cuatro áreas: motricidad y control postural, coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos, lenguaje y sociabilidad. A partir de esta evaluación, se determina la edad de desarrollo y el coeficiente de desarrollo, general y de cada área por separado.

De ambas evaluaciones (inicial y final) se seleccionaron para nuestro estudio: la edad de desarrollo general (EDG), el coeficiente de desarrollo (CDG) y la edad de desarrollo (ED) de las diferentes áreas del desarrollo psicomotor, de forma individual.

Para el análisis estadístico de los resultados, se utilizó el programa Statistica para Windows, con el cual se calcularon los coeficientes de correlación entre las variables y un análisis de la varianza (ANOVA).

Procedimiento

En cada uno de los casos se había elaborado, de forma individual, un programa de estimulación multifactorial aplicado por diferentes especialistas: rehabilitador físico, defectólogo y fonoaudiólogo.

El programa que se utiliza se apoya, desde el punto de vista teórico, en el Programa de Estimulación Temprana de Matas et al [10] que tiene en cuenta la secuencia normal del desarrollo, así como también en los principios de rehabilitación que plantea el método terapéutico de neurodesarrollo de Bobath: inhibición o supresión de la actividad refleja anormal, normalización del tono postural y facilitación de patrones normales de postura y movimiento, atendiendo siempre a las características individuales de cada caso.

Todos los niños se sometieron a un proceso de estimulación diario (cinco días a la semana) durante siete horas, en el que se respetó el horario de vida de cada niño según su edad cronológica, sus características y necesidades individuales.

A todos los niños se les realizó una evaluación al inicio y al concluir el período de tratamiento, que varió de uno a tres meses, mediante la misma técnica de evaluación del desarrollo psicomotor.

RESULTADOS

Evaluación inicial

1. En el 100% de los sujetos se observa afectación de todas las áreas del neurodesarrollo, independientemente del tipo de PC, con un rendimiento inferior, expresado en edad de desarrollo, al característico por su edad cronológica; asimismo, en la mayoría de los pacientes (85%) aparecen como áreas de mayor compromiso: la de motricidad y control postural, y el área de coordinación óculo-motriz y conducta de adaptación a los objetos.

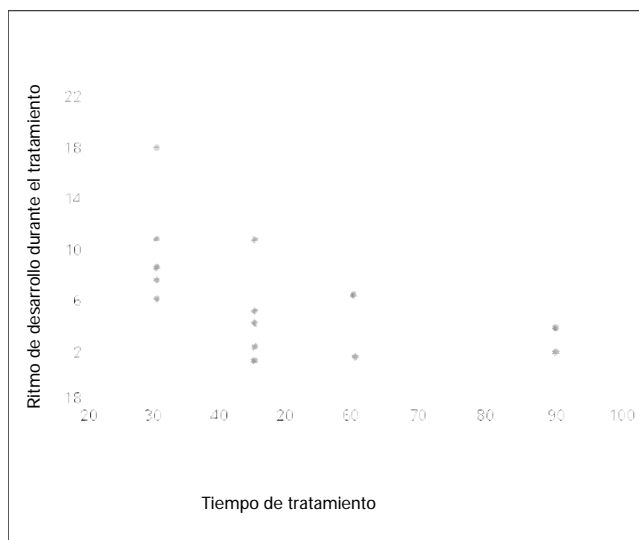


Figura 2. Relación entre el ritmo de desarrollo durante el tratamiento y el tiempo de tratamiento.

2. En todos los casos se constató, a partir de la evaluación neuropsicológica, retraso en el desarrollo psicomotor, desde los niveles de ligero a profundo. De ellos, tres casos (15%) presentaban un retraso ligero, cuatro casos (20%) retraso moderado, seis casos (30%) retraso severo y siete casos (35%) profundo. De los 20 casos, los dos únicos niños que contaban con menos de un año de vida pertenecen al grupo que presentaba un retraso ligero en su desarrollo psicomotor.

Evaluación al concluir el período de tratamiento

1. Se constata en los 20 casos que conforman la muestra un coeficiente de desarrollo mayor al obtenido en la primera evaluación. Este resultado se representa en la figura 1, donde todos los casos se ubican por encima de la diagonal que expresa la igualdad entre el CDG inicial y el CDG final.
2. En la muestra estudiada se hacen evidente, en todos los casos (100%), avances en cada una de las áreas y la incorporación de nuevas adquisiciones; ello se expresa en una EDG por encima de la obtenida en la primera evaluación.
3. Al establecer la relación entre los tipos de PC y la edad cronológica del paciente, con los aumentos en la EDG, el CDG al concluir el tratamiento y el ritmo de desarrollo durante el mismo, no encontramos significación estadística (Tabla).
4. En el análisis de los datos se observa un incremento mayor en el ritmo de desarrollo en los casos que se encuentran en el período de 30-60 días de tratamiento (siete casos, 35%), a diferencia del resto de los pacientes que permanecen durante más tiempo (90 días) y en los cuales este ritmo disminuye con tendencia a la meseta (Fig. 2).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, las variables correspondientes al tipo de PC y edad cronológica del paciente no resultan indicadores suficientes que permitan determinar, por sí solas y de forma individual, el pronóstico y evolución del niño. No obstante, es necesario señalar que en este estudio los resultados están influenciados por el tamaño de la muestra utilizada, la escasa homogeneidad en cuanto a los tipos de PC y la dispersión entre las edades de los sujetos.

En relación con los resultados observados relacionados con el incremento—en mayor o menor medida— del ritmo de desarrollo, como respuesta ante el tratamiento de estimulación temprana, consideramos que lo constatado en nuestro trabajo podría expresar que en estos pacientes al compromiso neurológico existente se le añade la carencia de estimulación de forma sistemática, de

manera que los resultados iniciales son, fundamentalmente, la respuesta a esta estimulación, lo que reflejaría la necesidad de la misma en cada paciente; mientras que, si se recibe la estimulación de forma sistemática, su evolución y ritmo de desarrollo dependerán del compromiso orgánico. Está claro que este planteamiento resulta solamente una hipótesis inicial, pendiente de comprobación en futuros estudios, en los que se evalúe individualmente y de forma sistemática cada 30 días a los niños, para que pueda establecerse la curva de incremento del ritmo de desarrollo durante el tratamiento.

Finalmente, podemos plantear que la evolución del 100% de los casos nos permite corroborar el planteamiento de que los niños con PC se benefician con un tratamiento de ET, a partir de los cambios en su edad de desarrollo, el avance en el coeficiente de

desarrollo y el incremento del ritmo durante el tiempo de estimulación, independientemente del tipo de PC, el tiempo de duración del programa y la edad en que éste se inicia.

En los pacientes con compromiso neurológico importante, el éxito del tratamiento resulta limitado debido a la gravedad de las lesiones, lo cual pone de manifiesto el papel relevante que puede alcanzar un programa de estimulación temprana. Ésta contribuye a desarrollar al máximo la capacidad física, social y mental, sobre todo en esta primera etapa de la vida, donde hay una enorme posibilidad de asimilar e integrar nuevas experiencias, que favorecen el aumento del número de interconexiones neuronales, si se proporciona al organismo un ambiente enriquecedor por medio de estímulos debidamente programados.

BIBLIOGRAFÍA

- Rye H, Donath M. Guía para la educación de los niños afectados de parálisis cerebral grave. Cuaderno de Educación Especial. Paris: UNESCO; 1990.
- Sampedro-Tobón OL. Rehabilitación de niños con parálisis cerebral. En Restrepo-Arbeláez R, Lugo-Agudelo LH, eds. Rehabilitación en salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 1995. p. 195-7.
- Lorente I, Bugie C. Trastornos motores. En Fejerman N, Fernández-Álvarez E. Neurología pediátrica. Buenos Aires: El Ateneo; 1988. p. 4-11.
- Bobath B, Bobath K. Desarrollo motor en diferentes tipos de parálisis cerebral. Buenos Aires: Panamericana; 1992.
- Gaillard F. Del adulto al niño neuropsicológico. Ensayo sobre el desarrollo de una disciplina. En Feld V, ed. Neuropsicología infantil. Universidad Nacional de Luján; 1998. p. 51-70.
- Heese G. La estimulación temprana en el niño discapacitado. Buenos Aires: Panamericana; 1992.
- Cabrera MC, Sánchez Palacios C. La estimulación precoz. Un enfoque práctico. Madrid: Siglo XXI de España; 1994.
- Bobath K. Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Buenos Aires: Panamericana; 1982.
- Brunet O, Lezine I. Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia. Manual de instrucciones. Madrid: MEPSA.
- Matas S, Mulvey MM, Pãone S, Segura de Frías E. Estimulación temprana de 0 a 36 meses: favoreciendo el desarrollo. Buenos Aires: Humanitas; 1990.
- Yelin B. Diagnóstico temprano de la parálisis cerebral. Rev Neurol 1997; 25: 725-7.
- Papazian O, Alfonso I. Tratamiento de la parálisis cerebral. Rev Neurol 1997; 25: 728-39.
- Barry MJ. Physical therapy interventions for patients with movement disorders due to cerebral palsy. J Child Neurol 1996; 11 (Suppl 1): S51-60.
- Bobath B. Actividad postural refleja anormal causada por lesiones cerebrales. Buenos Aires: Panamericana; 1987.
- Kong E. Experiencias con terapia precoz. En Bobath B, Kong E, eds. Trastornos cerebromotores en el niño. Buenos Aires: Panamericana; 1976. p. 138-42.
- Ulbricht W. Neurología pediátrica. Buenos Aires: Panamericana; 1987. p. 36-101.
- Balogh E. The conductive education of cerebral palsy in early age. In Fejerman N, Chamoles N, eds. New trends in pediatric neurology. Amsterdam: Excerpta Medica; 1993. p. 241-4.
- Jones M, Moffat V. Cerebral palsy: therapy management. In McCarthy G, ed. Physical disability in childhood. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1992. p. 115-9.

INFLUENCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LA PARÁLISIS CEREBRAL

Resumen. Introducción. *La estimulación temprana se conoce como la intervención terapéutica necesaria y útil, encaminada a desarrollar al máximo el potencial psicofísico social de cualquier niño con alto riesgo ambiental y/o biológico. Es a este último grupo al cual pertenecen los niños portadores de parálisis cerebral (PC), afección del sistema nervioso central que puede causar retraso en los procesos de maduración de dicho sistema y expresarse, desde los primeros meses de vida del niño, como un retraso del desarrollo psicomotor.* Objetivo. *Demostrar la eficacia de la estimulación temprana en los niños diagnosticados con PC y retraso en su desarrollo psicomotor.* Pacientes y métodos. *Se realizó un estudio retrospectivo de una muestra de 20 niños con este diagnóstico, hospitalizados en el Centro Internacional de Restauración Neurológica de La Habana (Cuba) con edades comprendidas entre los 9 y 41 meses, a los que se les brindó tratamiento por parte de un equipo multidisciplinario, mediante la aplicación de un Programa de Estimulación Temprana en un período de 1-3 meses. Se tomaron las evaluaciones realizadas por el Departamento de Neuropsicología, al inicio y final de la etapa de tratamiento, utilizando la escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet-Lezine (primera parte).* Resultados. *En todos los pacientes se constató una evolución favorable con incorporación de nuevas adquisiciones, un rendimiento superior al observado al iniciar la estimulación y una aceleración en su ritmo de desarrollo durante el período de tratamiento.* Conclusión. *Los pacientes con PC y retraso en su desarrollo psicomotor se benefician con la aplicación de un programa de estimulación temprana.* [REV NEUROL 2000; 31: 716-9] [<http://www.revneurolog.com/3108/j080716.pdf>]
Palabras clave. Desarrollo psicomotor. Escala de Brunet-Lezine. Estimulación temprana. Parálisis cerebral.

INFLUÊNCIA DA ESTIMULAÇÃO TEMPESTIVA NA PARALISIA CEREBRAL

Resumo. Introdução. *A estimulação tempestiva é conhecida como uma intervenção terapêutica necessária e útil, encaminhada para desenvolver ao máximo o potencial psico-físico social de qualquer criança com elevado nível de alto risco ambiental e/ou biológico. É a este último grupo que pertencem as crianças portadoras de paralisia cerebral (PC), afecção do sistema nervoso central que pode causar atraso nos processos de maturação do dito sistema, expressando-se, desde os primeiros dias de vida da criança, como um atraso do desenvolvimento psicomotor.* Objectivo. *Demonstrar a eficácia da estimulação tempestiva nas crianças diagnosticadas com PC e atraso do desenvolvimento psicomotor.* Doentes e métodos. *Realizou-se um estudo retrospectivo numa amostra de 20 crianças com este diagnóstico, hospitalizadas no CIREN (Cuba), com idades compreendidas entre os 9 e os 41 meses, às quais foi oferecido tratamento por parte de uma equipa interdisciplinar, aplicando um programa de Estimulação Tempestiva num período de 1 a 3 meses. Tomaram-se as avaliações realizadas pelo Departamento de Neuropsicologia, no início e no final da etapa de tratamento, utilizando a Escala para medir o desenvolvimento psicomotor da primeira infância Brunet-Lezine (primeira parte).* Resultados. *Em todos os doentes constatou-se uma evolução favorável com incorporação de novas aquisições, um rendimento superior ao observado no início da estimulação e uma aceleração no seu ritmo de desenvolvimento durante o período de tratamento.* Conclusão. *Os doentes portadores de PC e atraso no desenvolvimento psicomotor beneficiam da aplicação de um programa de estimulação tempestiva.* [REV NEUROL 2000; 31: 716-9] [<http://www.revneurolog.com/3108/j080716.pdf>]
Palavras chave. Desenvolvimento psicomotor. Escala Brunet-Lezine. Estimulação tempestiva. Paralisia cerebral.